



---

**AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA**

Sede legale: Breno (Bs) - Via Nissolina, 2 - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 - CF/P.IVA n.03775830981  
www.asst-valcamonica.it PEC: protocollo@pec.asst-valcamonica.it

**DECRETO N. 0662 DEL 26 OTT. 2016**

**OGGETTO:** Presa d'atto del Decreto della Direzione Generale Welfare n.9607 del 3.10.2016 "DGR 5514/2016 - Definizione indicatori di dettaglio in relazione agli obiettivi aziendali 2016".

**IL DIRETTORE GENERALE**

Su proposta del responsabile del procedimento amm.vo:

F.to Gemma Torri

L'anno 2016, giorno e mese sopraindicati:

**RICHIAMATO** il decreto n.493/2016 "Prime determinazioni conseguenti alla definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2016" con il quale si recepiva, per ogni conseguente effetto, la DGR n.X/5514 del 2.8.2016 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) e AREU: relativa definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2016" e si assegnava al Direttori Sanitario, Amministrativo e Socio-Sanitario, congiuntamente o individualmente secondo le rispettive competenze, gli obiettivi esplicitati nell'allegato 2) della citata DGR;

**RICORDATO** che nell'All.2 della Deliberazione n.X/5514 del 2.8.2016 è specificato "*La declinazione degli indicatori di dettaglio, non esplicitata all'interno della delibera delle regole di gestione del servizio sociosanitario, è effettuata con specifico atto della Direzione Generale Welfare*";

**PRESO ATTO** che con Decreto della DG Welfare n.9607 del 3.10.2016 sono stati definiti gli indicatori di dettaglio in relazione agli obiettivi aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali per l'anno 2016 approvati con DGR n.X/5514/2016;

**PRESO ATTO** altresì che, fermo restando quanto non specificatamente richiamato nel Decreto della DG Welfare n.9607 del 3.10.2016, restano validi gli obiettivi/indicatori fissati nelle DDGR n.5514/2016 e n.4702/2015;

**RILEVATO** che i Direttori Amministrativo, Sanitario e Socio-Sanitario rappresentano i principali e più diretti Collaboratori del Direttore Generale, in funzione delle competenze e della posizione rivestita nell'ambito dell'organizzazione aziendale;

**RITENUTO** pertanto coerente assegnare ai Direttori medesimi, congiuntamente o individualmente secondo le rispettive competenze, gli stessi obiettivi del Direttore Generale ed il corrispondente livello di raggiungimento che gli verrà riconosciuto, tenuto anche conto della loro riproducibilità e che implicano, in ogni caso, la condivisione e la partecipazione attiva della Direzione strategica, richiamando l'attenzione sulla rilevanza data agli obiettivi operativi/strategici che attengono al mantenimento dell'elemento fiduciario del mandato e che conseguentemente i Direttori dovranno attivare le azioni ed i progetti necessari rispetto agli obiettivi;

**RIBADITO** che al Direttore Generale è riservata la facoltà di procedere, nei tempi e con le modalità ritenute più opportune, al monitoraggio costante ed alla valutazione dell'attività dei propri diretti collaboratori, ivi compresa la formale attestazione circa il raggiungimento, anche parziale, degli obiettivi prefissati;

**VISTA** la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;

**ACQUISITO** il parere tecnico favorevole del Responsabile del procedimento;

**DATO ATTO** che il presente provvedimento è di iniziativa del Direttore Generale;

**CON I POTERI** di cui all'art.3 del D.Lgs n.502/1992, così come risulta modificato con D.Lgs n.517/1993 e con D.Lgs n.229/1999 ed in virtù della formale legittimazione intervenuta con DGR n.X/4632 del 19.12.2015, in attuazione delle LLRR n.33/2009 e 23/2015;

## DECRETA

1 - di recepire, per ogni conseguente effetto, il Decreto della DG Welfare n.9607 del 3.10.2016 avente ad oggetto "DGR n.X/5514/2016 - Definizione indicatori di dettaglio in relazione agli obiettivi aziendali 2016", che allegato al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;

2 - di assegnare, per le ragioni e nei termini esemplificati in premessa, ai Direttori Sanitario, Amministrativo e Socio-Sanitario, congiuntamente o individualmente secondo le rispettive competenze, gli obiettivi aziendali per l'anno 2016 elencati nell'allegato al Decreto sopra citato;

3 - di dare atto che, fermo restando quanto non specificatamente richiamato nel

Decreto della Direzione Generale Welfare n.9607 del 3.10.2016, restano validi gli obiettivi/indicatori fissati nelle DDGR n.X/5514/2016 e n.X/4702/2015, peraltro già recepiti e assegnati con decreto ASST n.493/2016;

4 - che tali obiettivi potranno essere integrati e/o modificati in caso di ulteriori indicazioni regionali;

5 - che la valutazione degli obiettivi di cui trattasi abbia valore ai fini dell'attribuzione dell'incentivo economico, entro il limite massimo del 20% del trattamento economico, che sarà determinato in ragione della ponderazione effettuata nei confronti di questa Direzione da parte di Regione Lombardia;

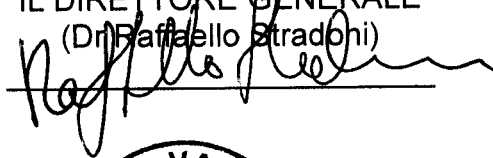
6 - di impegnare i Direttori ad intraprendere le azioni necessarie alla realizzazione degli obiettivi in oggetto;

7 - che il costo derivante dal presente atto rientra nell'impegno di spesa già assunto con decreto n.493/2016;

8 - di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale per i conseguenti controlli previsti dalla normativa vigente.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Raffaello Stradoni)





**Regione Lombardia**

---

DECRETO N. 9607

Del 03/10/2016

---

Identificativo Atto n. 519

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

DGR 5514/2016- DEFINIZIONE INDICATORI DI DETTAGLIO IN RELAZIONE AGLI  
OBIETTIVI AZIENDALI 2016

L'atto si compone di \_\_\_\_\_ pagine

di cui \_\_\_\_\_ pagine di allegati

parte integrante



## Regione Lombardia

---

### **Il Direttore Generale della Direzione Generale Welfare**

VISTO il D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" in particolare il comma 5 dell'articolo 3 bis come modificato dal D.L. 158/2012;

VISTA la l.r. 33/2009, come modificata dalla l.r. 23/2015, dalla l.r. 41/2015 e dalla l.r. 15/2016;

VISTA la d.g.r. 4702 del 29 dicembre 2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2016";

VISTA la d.g.r. n. 5514 del 02/08/2016 avente per oggetto: "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori generali delle AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS), delle AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST) e AREU e relativa definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2016;

CONSIDERATO che la d.g.r. 5514/2016 definisce gli obiettivi di sviluppo, declinati in obiettivi operativi e in obiettivi strategici e i relativi indicatori di misura dei Direttori Generali delle ATS, ASST e AREU per l'anno 2016;

RICHIAMATO l'allegato 2 della d.g.r. 5514/2016 in cui sono descritti gli obiettivi, indicatori /risultati attesi, peso e in particolare il seguente punto: "La declinazione degli indicatori di dettaglio, non esplicitata all'interno della delibera delle regole di gestione del servizio sociosanitario, è effettuata con specifico atto della Direzione Generale Welfare;

RITENUTO opportuno fornire ulteriori indicazioni, fermo restando che per quanto non specificatamente richiamato, restano validi gli obiettivi/indicatori fissati nelle d.g.r. di cui sopra;

### **DECRETA**

1. di approvare l'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, riportante la specificazione degli indicatori attribuiti a ciascun obiettivo relativamente agli obiettivi aziendali di interesse regionale per l'anno 2016 dei direttori generali approvati con d.g.r. n. 5514/2016;



## Regione Lombardia

---

2. di stabilire che, fermo restando quanto non specificatamente richiamato, restano validi gli obiettivi/indicatori fissati nelle d.g.r. n. 5514/2016 e d.g.r. 4702/2015.

IL DIRETTORE GENERALE

GIOVANNI DAVERIO

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

## ALLEGATO

# DECRETO DGR 5514/2016 - DEFINIZIONE INDICATORI DI DETTAGLIO IN RELAZIONE

## AGLI OBIETTIVI AZIENDALI 2016

### INDICATORI ATS

- VETERINARIA
- PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
- INNOVAZIONE E SVILUPPO
- PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE
- PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO

### INDICATORI ASST

- PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
- INNOVAZIONE E SVILUPPO
- PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE
- PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO

## INDICATORI OBIETTIVI 2016 ATS

### VETERINARIA

OBIETTIVI	INDICATORI	DESTINATARI
<p>Predisposizione e attuazione di un programma annuale aziendale integrato delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione Veterinaria secondo quanto codificato dal Piano Regionale Integrato della Prevenzione Veterinaria, caratterizzato dalla programmazione ed attuazione del controllo ufficiale sulla base della categorizzazione del rischio che garantisce il corretto utilizzo delle risorse di competenza nel rispetto dei principi di efficienza e di efficacia</p>	<p>Adozione del Piano Integrato Aziendale della Sanità Pubblica Veterinaria entro il 29/02/2016, in attuazione del Piano Regionale Integrato 2015/2018 e sua attuazione, entro il 31/12/2016</p> <p>Il piano dovrà:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Prevedere che almeno il 55% dei controlli programmati sulla stessa unità zootecnica per la verifica dei requisiti di competenza della Sanità animale e Igiene zootecnica vengano svolti in modo congiunto/coordinato.</li> <li>2 Attuare percorsi di formazione in modo da completare, nell'arco del triennio 2016/18, la formazione del 100% personale afferente al DPV in materia di standard di funzionamento delle Autorità Competenti secondo quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni 07 febbraio 2013</li> </ol>	Tutte
<p>Predisposizione di un piano di verifiche interne per valutare l'efficacia e l'appropriatezza dell'attività di controllo e la verifica del raggiungimento degli obiettivi. Tale attività deve coinvolgere tutte le strutture organizzative a livello dipartimentale e distrettuale ed eventualmente deve prevedere anche il coinvolgimento delle ATS contigue. Il piano sarà sottoposto a valutazione da parte dell'U.O. regionale e da un benchmarking finale tra tutti i Dipartimenti.</p> <p>Attuazione del programma dei controlli integrati/coordinati con altre autorità competenti, conformemente a quanto</p>	<p>Predisposizione di un programma di audit interni ai DPV entro il 29/02/2016 e sua attuazione entro il 31/12/2016.</p> <p>Il piano dovrà prevedere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Coinvolgimento di tutte le strutture complesse e semplici Dipartimentali e Distrettuali</li> <li>2 Integrazione delle azioni previste nei piani delle ex ASL appartenenti ad una stessa ATS</li> <li>3 Relazione finale riportante aree di criticità, azioni correttive, azioni di miglioramento.</li> </ol>	Tutte
	<p>1 Attuazione del Piano Integrato Regionale dei Controlli: n. controlli integrati con altre ACL attuati/n. controlli integrati con altre ACL programmati &gt;95%</p>	Tutte



<p><b>previsto dal Piano Regionale Integrato e del piano di controllo integrato in materia di condizionalità sulle aziende beneficiarie di aiuti comunitari</b></p>	<p>2 Attuazione del piano straordinario regionale di gestione della contaminazione delle aflatoxina M1 secondo le tempistiche codificate dall'UO Veterinaria.</p> <p>3 Copertura del 100% dei controlli da effettuare sul campione casuale e a rischio programmato dalla Unità Organizzativa Veterinaria Supervisione sulla completezza e congruità della documentazione relativa alla condizionalità:</p> <p>a. controlli con esito non conforme = 100%</p> <p>b. trasmissione della relazione di attività sulla supervisione effettuata su ≥ 10% dei controlli con esito conforme per ciascun atto</p>	
<p><b>Attuazione degli obiettivi di semplificazione codificati dalla U.O. Veterinaria al fine della diminuzione dei costi superflui, anche indiretti, a carico delle Autorità competenti e delle imprese del settore agro alimentare senza impattare sulla sicurezza e qualità delle produzioni</b></p>	<p>1 coinvolgimento dei veterinari liberi professionisti, dei grossisti di farmaci veterinari e degli allevatori, nell'utilizzo della ricetta elettronica e nella dematerializzazione degli adempimenti di registrazione secondo gli step codificati dall'UO Veterinaria.</p>	<p>Tutte</p>
<p><b>Attuazione del "Piano triennale degli interventi in materia di educazione sanitaria e zootica, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2015-2017</b></p>	<p>1 Realizzazione degli interventi finalizzati alla prevenzione del randagismo e alla tutela degli animali d'affezione, secondo il programma approvato con DDUO n.11538/2015</p>	<p>Tutte</p>
<p><b>Sorveglianza Epidemiologica Veterinaria</b></p>	<p>1 Mantenere l'accreditamento per la malattia di Aujeszky di tutti gli allevamenti suini da riproduzione e accreditare almeno il 90% degli allevamenti suini da ingrasso a carattere intensivo</p> <p>2 Mantenere il numero di allevamenti aderenti pari o superiore al 70% degli allevamenti bovini da latte oppure innalzare di almeno il 15% il livello sanitario degli allevamenti bovini da latte nei confronti della Paratubercolosi</p> <p>3 Attuazione del piano di controllo e certificazione nei confronti della Rinotracheite infettiva bovina: interventi informativi e formativi per promuovere il piano rivolti agli allevatori di bovini da riproduzione.</p>	<p>Tutte</p>

## PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

INDICATORI		Tutte
<p><b>Rete dei Laboratori di Prevenzione</b> <b>Nb: Solo ove presente LP</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attuazione DGR 4761 del 28.1.2016</li> <li>- riorganizzazione dei laboratori-multisede al 1.1.2016</li> </ul>	Tutte
<p><b>Promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentale: mantenere – incrementare le coperture 2015.</b> <b>Per setting scolastico il riferimento è agli Anni Scolastici: 2015 – 2016 &gt; = 2014 – 2015 2016 – 2017 &gt; = 2015 – 2016</b></p>	<p>Rete WHP: N° lavoratori e Siti aziendali coinvolti/aderenti Rete SPS: % IC aderenti e mantenimento su A.S. 2016 – 2017 "Meno sale nel pane": N° Capitolati mense e % panificatori aderenti "Frutta a merenda": % plessi scuole primarie "Gruppi di Cammino": % partecipanti over 65aa a (su residenti 65 – 74 aa ISTAT) "Gruppi di Cammino": (tutte le età) % Comuni attivi "Pedibus": % plessi scuole primarie attivi "LST Lombardia": % scuole aderenti (su totale scuole target) "Unplugged Lombardia": % scuole aderenti (su totale scuole target) Prevenzione GAP nei setting di comunità: n° destinatari finali su dati 2015 "Piani GAP"; report analitico - attività e impatto - da inviare a DG Welfare entro 15.022017</p>	Tutte
<p><b>Screening oncologici: mantenimento/miglioramento delle attività</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicatore di sintesi performance 2015:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o se 2015 &gt;50%: mantenimento del valore dell'anno precedente</li> <li>o se 2015 ≤ 50%: miglioramento di almeno 5 punti percentuali nell'indicatore di sintesi o raggiungimento della sufficienza</li> </ul> </li> <li>- partecipazione ai processi di audit come da indirizzi regionali</li> </ul>	Tutte
<p><b>Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicatore di sintesi performance 2015:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o se 2015 &gt;50%: mantenimento del valore dell'anno precedente</li> <li>o se 2015 ≤ 50%: miglioramento di almeno 5 punti percentuali nell'indicatore di sintesi o raggiungimento della sufficienza</li> </ul> </li> </ul>	Tutte

<p><b>Vaccinazioni: mantenimento/miglioramento delle attività</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicatore di sintesi performance 2015: <ul style="list-style-type: none"> <li>o se 2015 &gt;50%: mantenimento del valore dell'anno precedente</li> <li>o se 2015 ≤ 50%: miglioramento di almeno 5 punti percentuali nell'indicatore di sintesi o raggiungimento della sufficienza</li> </ul> </li> <li>- Di seguito si specificano gli anni di nascita dei target che verranno valutati: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2014: 3° dose ≥95%</li> </ul> </li> <li>- Morbillo - Parotite – Rosolia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2014: 1° dose ≥95%</li> <li>• Coorte nati residenti 2010: 2° dose ≥ 95%</li> </ul> </li> <li>- Pneumococco <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2014: 3° dose ≥ 80%</li> </ul> </li> <li>- Meningococco C: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2013: ≥80%</li> </ul> </li> <li>- Polio 4° dose <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati 2010 residenti ≥ 95%</li> </ul> </li> <li>- HPV femmine dodicenni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nate 2004: 1° dose &gt; 80%</li> <li>• Coorte nate 2003: 2° dose ≥ 75%</li> </ul> </li> <li>- Antinfluenzale - over 65 aa e categorie a rischio: si fa riferimento alle indicazioni regionali per la campagna 2016/2017</li> </ul> </li></ul>	<p>Tutte</p>
<p><b>Ambienti di lavoro: mantenimento/miglioramento delle attività</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllo delle imprese attive sul territorio lombardo ≥ 5%</li> <li>- grado di intervento nelle costruzioni , quale settore ad elevato rischio ed in coerenza con il relativo Piano Nazionale: indicatore performance n. 4.14*</li> <li>- grado di intervento in agricoltura, quale settore ad elevato rischio ed in coerenza con il relativo Piano Nazionale: indicatore performance n. 4.20*</li> <li>- capacità di emersione del fenomeno: tasso grezzo di malattie professionali indicatore performance n. 4.3*;</li> <li>- inserimento in Ma.P.I. dei casi di malattie professionali con definizione del nesso in almeno l'80% dei casi inseriti.</li> <li>- capacità di analisi del fenomeno: inserimento in Ma.P.I. delle indagini infortunio con definizione dei fattori di rischio in almeno l'80% dei casi inseriti</li> <li>- inserimento in Ma.P.I. del 100% delle indagini di infortunio con esito mortale</li> </ul>	<p>Tutte</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- supporto nell'invio on line delle segnalazioni di malattia professionale e delle denunce da parte del personale sanitario: n. segnalazioni on line 2016 ≥ n. segnalazioni cartacee 2015 (Fonte COR; Person@)</li> <li>- coinvolgimento delle Istituzioni scolastiche nello sviluppo di competenze in SSL nei curricula</li> </ul>	
<p><b>Sicurezza alimentare: mantenimento/miglioramento delle attività</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuazione dei campionamenti e relative analisi previsti dai Piani regionali (Fitosanitari, OGM, Additivi, Alimenti irradiati) – Indicatori di performance n. 1.1, 1.2, 1.3, 1.4</li> <li>- Copertura totale del controllo - Indicatore di performance n. 1.6 *</li> <li>- Copertura dei controlli nel settore della ristorazione- - Indicatore di performance n. 1.7 *</li> <li>- Copertura del controllo mediante audit negli impianti produttivi riconosciuti – Indicatore di performance n. 1.8 *</li> <li>- Sistema di allerta alimentare - Indicatore di performance n. 1.11 *</li> </ul>	Tutte
<p><b>Ambienti di vita: mantenimento/miglioramento delle attività</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- controllo del rischio di esposizione ad amianto: indicatore performance n. 4.16*</li> <li>- trasmissione on line del 100% delle relazioni annuali ex articolo 9 del 257/92</li> <li>- grado di intervento in materia sostanze chimiche: coerenza con il relativo Piano Nazionale e con il PIC</li> <li>- grado di intervento nelle strutture socio sanitarie: indicatore performance n. 2.5*</li> <li>- grado di intervento nelle scuole: indicatore performance n. 2.9*</li> <li>- adozione di misure di prevenzione del rischio gas radon in ambienti indoor e monitoraggio dell'adozione da parte dei Comuni: N. comuni che adottano le misure di prevenzione RADON/ N. comuni territorio</li> <li>- qualità della partecipazione attiva in Commissione VIA Regionale: n. di istruttorie con richiesta di integrazione relativa agli aspetti di salute pubblica/ n. istruttorie totali =1</li> <li>- Fitosanitari: Controllo dei rivenditori, distributori, depositi stoccaggio sul territorio lombardo ≥ 30 %; Controllo degli utilizzatori ≥ 0,1 %; Controllo dei titolari di autorizzazione alla produzione ≥ 5 %; Controllo degli importatori paralleli = 100%</li> </ul>	Tutte
<p><b>* Indicatore singolo del sistema di valutazione della prevenzione: dato 2016 &gt;= dato 2015; se in area rossa miglioramento di almeno 5 punti percentuale</b></p>		Tutte

<p><b>Sistema Informativo della Prevenzione Flussi informativi/ tempistiche</b></p>	<p><b>NSIS – VIG; NSIS – Pesticidi; Cruscotto CROGM:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rendicontazione completa, nel rispetto di tempi e modalità definite dal Ministero della Salute</li> </ul> <p><b>NSIS – Portale Acque di balneazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementazione con rispetto delle scadenze previste dal dlgs 116/2008 e dal DM 30.03.2010;</li> <li>- aggiornamento dei profili delle acque di balneazione;</li> </ul> <p><b>Impres@</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rendicontazione completa di tutti i controlli effettuati, comprensivi dei risultati delle analisi e dei provvedimenti assunti</li> </ul> <p><b>Screening oncologici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- invio dei flussi informativo a dato individuale, delle survey a dati aggregati, e di report annuale nel rispetto di tempi e modalità definite dalla DG Welfare</li> </ul> <p><b>Promozione Salute – Prevenzione fattori di rischio comportamentali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rendicontazione interventi PIL in PRO.SA (ex BD ProSal) nel rispetto di tempi e indicazioni regionali</li> <li>- partecipazione a survey tematiche proposte dalla DG Welfare</li> </ul>	<p>Tutte</p> <p>Tutte</p> <p>Tutte</p> <p>Tutte</p> <p>Tutte</p>
---	---	--

## INNOVAZIONE E SVILUPPO

OBIETTIVI	INDICATORI	DESTINATARI
<p><b>4.6 Azioni e misure innovative area socio-sanitaria integrata</b></p>	<p><b>Salvaguardia del diritto di fragilità e appropriatezza degli interventi attraverso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosecuzione, nel rispetto anche di quanto stabilito dalla DGR n. 5342 del 27.06.2016, delle azioni innovative, delle misure e delle sperimentazioni e delle relative attività di verifica e controllo</li> <li>• Predisposizione di una relazione che descriva dal punto di vista qualitativo e quantitativo lo sviluppo delle azioni innovative, delle sperimentazioni e delle misure attivate in ogni ambito territoriale.</li> </ul> <p>Il contenuto essenziale della relazione e il format cui attenersi saranno oggetto di successive indicazioni da parte di DG Welfare</p>	<p>Tutte</p>
<p><b>4.8.1 Reti di patologia</b></p>	<p><b>Rete Stroke:</b> Promozione e monitoraggio della corretta applicazione dei PDTA di riferimento.</p> <p><i>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale di Governo regionale.</i></p> <p><b>Rete Stemi:</b> Promozione e monitoraggio della corretta applicazione dei PDTA di riferimento.</p> <p><i>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale di Governo regionale.</i></p>	<p>Tutte</p>
<p><b>4.8.9 Rete per l'assistenza alla madre e al neonato</b></p>	<p>Istituzione dei Comitati Percorso Nascita locali (costituiti dalle figure professionali previste per ASST e ATS) e pubblicazione della Carta dei Servizi.</p>	<p>Tutte</p>

	<p><b>Promozione e sostegno allattamento al seno:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progetti definiti in sede di Comitato Percorso Nascita Locale per lo sviluppo di programmi di promozione e sostegno dell'allattamento al seno sino al 180° giorno, con indicatori da "10 passi UNICEF/OMS" entro il 31.12.2016</li> </ul>	Tutte
<p><b>4.8.10 Sistema trasfusionale regionale</b></p>	<p>Monitoraggio dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano annuale di programmazione e compensazione regionale ed extraregionale delle unità di sangue su indicazione della Struttura Regionale di coordinamento (nota AREU prot. 175 12/01/2016).</p>	<p>ATS di riferimento territoriale delle Strutture sanitarie sede di Servizi Trasfusionali</p>
<p><b>4.8.11 Sistema Regionale Trapianti</b></p>	<p>Promozione e monitoraggio in merito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente.</li> <li>• Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale.</li> <li>• Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione.</li> <li>• Attiva e puntuale partecipazione alle attività organizzate dalla DG Welfare (Gruppi di lavoro, formazione, riunioni tematiche, ecc.).</li> <li>• Rispetto del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager</li> </ul>	Tutte
<p><b>6.3 Iniziative di semplificazione</b></p>	<p><b>Comunicazione istituzionale:</b> istituzione e prima attivazione di un tavolo di coordinamento permanente composto dai referenti della comunicazione della ATS, delle ASST e degli IRCCS pubblici del territorio di riferimento per l'implementazione coordinata dei contenuti dei portali web e della comunicazione in generale a seguito delle modifiche introdotte dalla l.r. 23/2015</p>	Tutte
<p><b>6.5 Prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne e i minori</b></p>	<p><b>Partecipazione alle reti territoriali interistituzionali</b></p>	Tutte

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborazione alla definizione di linee guida operative condivise con i partner della rete per l'accoglienza e presa in carico delle donne vittime di violenza.</li> <li>• Partecipazione di tutte le ATS ad almeno una rete territoriale interistituzionale attiva sul territorio regionale e definizione di linee guida e codici di comportamento interni.</li> <li>• Programmazione di almeno un modulo formativo relativo alla violenza di genere.</li> <li>• Individuazione di un referente aziendale per la violenza sulle donne</li> </ul>	
<p><b>6.6 Cooperazione internazionale</b></p>	<p><b>Collaborazioni internazionali in ambito sanitario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricognizione dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario</li> <li>• Invio di una relazione annuale sulle attività realizzate nel 2016</li> </ul>	Tutte



## PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE

OBIETTIVI	INDICATORI	DESTINATARI
Accreditamento area sociosanitaria	Rispetto dei criteri indicati nella delibera delle regole per l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti (Rif. Paragrafo 3.1.1.2)	Tutte
	Pieno rispetto della procedura per l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti (Rif. sub-allegato 9)	
Negoziazione e contratto area socio sanitaria	Rispetto dei criteri indicati nella delibera delle regole per la messa a contratto delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti (Rif. Paragrafo 3.1.2.2)	Tutte
	Rispetto dei criteri indicati nella delibera delle regole per l'attribuzione del budget alle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% delle unità d'offerta interessate (Rif. Paragrafo 3.1.2.2)	
Piano annuale di vigilanza e controllo udo sociosanitarie	Sono confermati gli indicatori riportati nella delibera delle regole 2016 (rif. Paragrafo 3.3.3)	Tutte
Salute mentale e NPIA	<p>Confermato l'indicatore riportato nella delibera delle regole 2016 che prevede che il budget 2016 per gli interventi in 43san non debba essere superiore a quello del 2015 (Rif paragrafo 4.6).</p> <p>Saranno applicati all'indicatore i seguenti criteri di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione della spesa extracontratto (totale 43san adulti + 43 san minori) di una percentuale maggiore o uguale a 5% rispetto al 2015 : 100%</li> <li>- Riduzione della spesa extracontratto di una percentuale compresa tra 0 e 5% : 95%</li> <li>- Spesa extracontratto 2016 = spesa extracontratto 2015: 90%</li> <li>- Spesa extracontratto aumentata fino al 5%: 75</li> <li>- Spesa extracontratto con aumento superiore a 5%: 50%</li> </ul>	Tutte le ATS / ASST interessate

## PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO

<p>Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale ai sensi della DGR n. X/4702/2015 e rispetto degli adempimenti ad essa connessi in materia di invio flussi, aggiornamento elenchi operatori NOC, sanzioni amministrative e certificazione obiettivi di autocontrollo AO (ai sensi della DGR n. VII/12692/2003 e succ. nota prot. n. H1.2009.0013117, della nota prot. n. H1.2008.0037157, della DGR n. IX/2057/2011 e succ. e della DGR n. X/2313/2014).</p>	<p>TUTTE</p> <p>Controllo entro il 28 febbraio 2017 di almeno il 14% delle prestazioni di ricovero di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- quota di "almeno" il 7% (quota minima incrementabile) riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica;</li><li>- quota "fino al" 4% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC;</li><li>- quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC.</li></ul> <p>Controllo entro il 28 febbraio 2017 di almeno il 3,5% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.</p> <p>Invio del Piano dei Controlli entro il 31.01.2016.</p> <p>Trasmissione mensile (entro il giorno 10) degli esiti dei controlli.</p> <p>Trasmissione entro il 31.03.2016 e in caso di modifiche, dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC.</p>
--	--

	<p>Trasmissione alla Direzione Generale Welfare (UO Programmazione Polo Ospedaliero) delle contestazioni di sanzionamento amministrativo.</p> <p>Invio entro il 31.01.2017 della certificazione del raggiungimento degli obiettivi di autocontrollo delle ASST di propria pertinenza, sulla base della tempestività e fruibilità dei dati inviati (congruenza formale e sostanziale).</p>	
<p><b>Consolidamento attività di verifica nei servizi trasfusionali e nelle unità di raccolta sangue ed emocomponenti, da parte dei Valutatori del Sistema Trasfusionale Italiano (VSTI)</b></p>	<p>Evidenza della programmazione (cadenza biennale, ai sensi del d.lgs 261/2007) e dei verbali delle visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta sangue ed emocomponenti. (valore atteso: 100% delle visite programmate per il 2016)</p>	TUTTE
<p><b>Avvio del percorso di verifica dei Centri PMA sui requisiti di qualità e sicurezza per gli aspetti di cui ai dd.lgss. 191/2007 e 16/2010, da parte dei Valutatori ATS/ASST, formati in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti.</b></p>	<p>Evidenza di sopralluoghi /pre-audit presso i Centri PMA . (valore atteso: sopralluoghi/pre-audit sul 40% dei Centri PMA)</p>	TUTTE

<p><b>Sviluppo della funzione di Internal Audit</b></p>	<p>Dovrà essere garantita la funzione di I.A. seguendo le indicazioni descritte nella dgr 2989 del 23.12.2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attuazione del Piano di Internal Audit</li> <li>- Aderenza alle raccomandazioni scaturite dal Piano di Internal Audit</li> </ul>	<p>TUTTE</p>
<p>Prosecuzione delle attività di implementazione e approfondimento degli studi orientati alla realizzazione di strumenti per il controllo e l'inibizione dei comportamenti prescrittivi inappropriati</p> <p>Prevenzione dei comportamenti prescrittivi scorretti mediante il monitoraggio delle prescrizioni di prestazioni urgenti</p>	<p>Prosecuzione o istituzione, anche in collaborazione con i competenti uffici regionali, di gruppi di esperti volti alla produzione di indicazioni utili all'omogeneizzazione delle modalità di comportamento in ordine all'utilizzo della priorità "U" (Bollino Verde).</p> <p>Diminuzione di almeno il 5% delle prestazioni prescritte in "U" non clinicamente appropriate o con quesito diagnostico non congruente.</p>	<p>TUTTE</p>
<p>Applicazione contenuti dgr n. 1775/11 e smi e della dgr n. 3993/2015:</p> <p>monitoraggio ex ante Attività Istituzionale, Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza - A.L.P.I. e S.</p>	<p>Verifica della corretta trasmissione delle 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto del monitoraggio regionale e delle 2 rilevazioni nazionali ex ante Attività Istituzionale, Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza - A.L.P.I. e S.</p> <p>Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015.</p>	<p>TUTTE</p>

<p><b>Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA)</b></p> <p><b>Monitoraggio sulla esposizione delle agende e sulle azioni atte a fronteggiare i disagi derivanti dalle eccezionali sospensioni dell'attività erogativa</b></p> <p><b>Vigilanza sull'effettiva applicazione del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 - Art. 41</b></p>	<p>Evidenza della predisposizione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA)</p> <p>Invio semestrale del resoconto riepilogativo sulle attività di sospensione di tutte le strutture di competenza territoriale.</p> <p>Invio semestrale del resoconto relativo alla vigilanza circa l'applicazione della normativa sulla pubblicazione sui siti delle liste di attesa su tutte le strutture di competenza territoriale</p>	
<p><b>Miglioramento del livello quali-quantitativo dei dati del flusso di Customer Satisfaction trasmessi.</b></p> <p><b>Diversificazione e completezza territoriale della raccolta del flusso di Customer Satisfaction</b></p>	<p>Numero record validi trasmessi 2016 &gt; validi trasmessi 2015</p> <p>Numero presidi/ambulatori coinvolti nella raccolta 2016=&gt;2015</p>	TUTTE
<p><b>Collaborazione con le ASST e RL nella valutazione di progetti esecutivi aziendali o interaziendali per la concentrazione delle</b></p>	<p>Elaborazione, in collaborazione con RL, di tutti i piani di riordino aziendale o interaziendale in aderenza agli indirizzi regionali in materia di riordino delle attività di Medicina di Laboratorio, presentati dalla ASST</p>	TUTTE

<p>analisi di laboratorio in un unico punto aziendale di Laboratorio</p>		
<p><b>Accreditamento, negoziazione e contrattualizzazione</b></p>	<p>Utilizzo di ASAN, prevedendo il completamento dell'aggiornamento del data base delle strutture autorizzate.</p> <p>Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali per il perfezionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Rispetto delle scadenze stabilite dalle indicazioni regionali per la sigla dei contratti (ricoveri, specialistica ambulatoriale, subacute, psichiatria e neuropsichiatria infantile, nuove reti sanitarie ) 100% e inserimento nel sistema Contratti Web</p> <p>Condivisione, con gli erogatori, degli obiettivi di miglioramento anche personalizzati, da assegnare nell'ambito dell'attività di negoziazione contrattuale e monitoraggio dell'andamento prevedendo almeno 3 incontri</p>	<p>TUTTE</p>
<p><b><u>PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA</u></b> <b><u>PRESCRITTIVA DEI MEDICINALI</u></b> <b>INIBITORI DI POMPA PROTONICA</b></p>	<p>1) Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione</p> <p>Per i pazienti in trattamento con IPP si intendono soggetti con età superiore o uguale a 18 anni con la prescrizione di almeno una confezione di IPP in Nota 1 o 48 rapportati alla popolazione con età superiore o uguale a 18 anni.</p> <p>2) Spesa pro-capite</p> <p>3) N.DDD di IPP consumate in ospedale totale di soggetti dimessi</p> <p>****</p>	<p>ATS /ASST</p>

	<p>Nel 2016 corretta informazione da parte di ATS e ASST ai prescrittori sulle indicazioni di appropriatezza prescrittiva di cui alle note AIFA 1 e 48:</p> <p>Per ASST: invio di almeno una comunicazione ai prescrittori a firma della Direzione Strategica</p> <p>Per ATS: invio di almeno una comunicazione ai MMG a firma della Direzione Strategica</p> <p>A partire dal 2017 (per ATS ed ASST):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione: 16%</li> <li>2) Spesa pro-capite: €12,5</li> <li>3) N.DDD di IPP consumate in ospedale totale di soggetti dimessi: 10</li> </ol>	
<p><b>PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI MEDICINALI STATINE</b></p>	<p>Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo</p> <p><b>OBIETTIVO</b></p> <p>-Nel 2016 corretta informazione da parte di ATS e ASST ai prescrittori sulle indicazioni di appropriatezza prescrittiva di cui alle note AIFA 13.</p> <p>Per ASST: invio di almeno una comunicazione ai prescrittori a firma della Direzione Strategica</p> <p>Per ATS: invio di almeno una comunicazione ai MMG a firma della Direzione Strategica</p> <p>-A partire dal 2017 (per ATS ed ASST):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo:82%</li> </ol>	ATS /ASST

## OBIETTIVI 2016 ASST

### PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

OBIETTIVI	INDICATORI	DESTINATARI
<p><b>Promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- incrementare qualitativamente azioni Programma WHP su corretta alimentazione e prevenzione tabagismo</li> <li>- consolidare pratiche (Punti nascita, Consulitori, etc.), per la promozione allattamento al seno raccomandate da WHO/ UNICEF anche in raccordo con programmi di comunità promossi da ATS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azioni per l'estensione del divieto di fumo alle pertinenze esterne in applicazione al Decreto legislativo 12 gennaio 2016, n. 6 e attività (ivi compresi esiti controlli) intraprese in tutti gli ambienti: report analitico su attività e impatto da inviare a DG Welfare entro 15.02.2017</li> <li>- Azioni per incremento di offerta di consumo di frutta-verdura, pane a basso contenuto sale (Protocollo "Meno sale nel pane") nelle mense (bar interni, vending, convenzioni, etc.): report analitico su attività da inviare a DG Welfare entro 15.02.2017</li> </ul>	Tutte
	Partecipazione ad iniziative regionali (formazione, gruppi di lavoro, attività di sorveglianza, etc.)	Polo ospedaliero e rete territoriale
<p><b>Screening oncologici: mantenimento/miglioramento delle attività</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Messa a disposizione dei programmi di screening delle ATS di volumi di prestazioni diagnostiche appropriate per garantire una adeguata copertura della popolazione</li> <li>- Partecipazione dei radiologi che intervengono nei percorsi di screening alla revisione dei casi dei cancri di intervallo come da proposta ATS &gt;90% dei radiologi partecipanti (da evidenziarsi in apposito report ATS )</li> </ul>	Tutte



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiazione dei cancri screen detected : invio dei referti delle stadiazioni effettuate dalle anatomie patologiche della ASST alle ATS (&gt;95% delle richieste di ATS)</li> <li>- Screening colon rettale - tempi di attesa per approfondimento diagnostico 2° livello inferiori a 30 gg da FOBt positivo: ≥ 70%</li> </ul>	
<b>Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempestività/completezza delle segnalazioni alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS</li> </ul>	Tutte
<b>Ambienti di lavoro: mantenimento/miglioramento delle attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserimento in Ma.P.I. delle denunce di malattie professionali con definizione del nesso in almeno l'80% dei casi inseriti.</li> <li>- Servizio segnalazioni m.p. (mesoteliomi, tumori naso-sinusal, vescica e polmoni): trasmissione online del 100% delle segnalazioni (Fonte COR)</li> <li>- Aggiornamento del protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ad amianto, in sinergia con le indicazioni del Ministero della Salute e del Coordinamento Interregionale PSILL ed in esito al progetto CCM 2012</li> </ul>	Solo Sedi UOOML
<b>Sicurezza cittadino/consumatore/lavoratore: mantenimento/miglioramento delle attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestione delle segnalazioni di non conformità ai Regolamenti REACH e CLP: partecipazione al monitoraggio delle segnalazioni di non conformità, contribuendo, se del caso, al perfezionamento degli attuali flussi informativi: trasmissione esiti al MS (PRP P.9.11.2)</li> </ul>	Solo Sedi UOOML e CAV
<b>Invio telematico dei certificati di infortunio da parte dei Pronto Soccorso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione della modifica relativa ai campi ragione sociale dell'impresa e cause e circostanze dell'infortunio da parte di tutte le aziende e trasmissione online del 100% dei certificati</li> </ul>	Tutte

## INNOVAZIONE E SVILUPPO

OBIETTIVI	INDICATORI	DESTINATARI
<p><b>4.6 Azioni e misure innovative area sociosanitaria integrata</b></p>	<p><b>Salvaguardia del diritto di fragilità e appropriatezza degli interventi attraverso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prosecuzione, nel rispetto anche di quanto stabilito dalla DGR n. 5342 del 27.06.2016, delle azioni innovative, delle misure e delle sperimentazioni e delle relative attività di verifica e controllo</li> <li>● Predisposizione di una relazione che descriva dal punto di vista qualitativo e quantitativo lo sviluppo delle azioni innovative, delle sperimentazioni e delle misure attivate in ogni ambito territoriale.</li> </ul> <p>Il contenuto essenziale della relazione e il format cui attenersi saranno oggetto di successive indicazioni da parte di DG Welfare</p>	<p>Tutte</p>
<p><b>4.8.1 Reti di patologia</b></p>	<p><b>Rete Stroke</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Corretta applicazione dei PDTA di riferimento.</li> <li>● Pieno utilizzo dell'archivio regionale Stroke.</li> <li>● Evidenza della gestione di almeno l'80% dei casi acuti di ictus presso la Stroke Unit aziendale o dell'invio dei pazienti ad altra Stroke Unit regionale.</li> </ul> <p><i>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale di Governo regionale.</i></p> <p><b>Rete Stemi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Corretta applicazione dei PDTA di riferimento.</li> <li>● Evidenza dell'adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC al Registro Stemi.</li> </ul> <p><i>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale di Governo regionale.</i></p>	<p>Tutte le ASST che gestiscono casi acuti di ictus</p> <p>Tutte le ASST che gestiscono l'infarto miocardico acuto</p>

<p><b>4.8.10 Sistema trasfusionale regionale</b></p>	<p>Consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano annuale di programmazione e compensazione regionale ed extraregionale delle unità di sangue su indicazione della Struttura Regionale di coordinamento (nota AREU prot. 175 12/01/2016).</p>	<p>ASST sede di Servizi Trasfusionali</p>
<p><b>4.8.11 Sistema Regionale Trapianti</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione attiva della cultura della donazione anche attraverso il mantenimento del numero di donatori segnalati nell'anno precedente.</li> <li>• Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale.</li> <li>• Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione.</li> <li>• Numero di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2015, e comunque non inferiore a 3.</li> <li>• Piena adesione alle politiche regionali sui trapianti e mantenimento dei livelli operativi degli anni precedenti.</li> <li>• Incremento del numero di trapianti da vivente (Tx rene).</li> <li>• Rispetto del 100% del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager, completo inserimento dei dati nel SIT (lista d'attesa riceventi, comunicazione entro 48 ore al Centro Regionale di Riferimento del trapianto effettuato, da cadavere e da vivente).</li> </ul>	<p>Tutte le ASST che gestiscono attività trapiantologica</p>
<p><b>4.8.9 Rete per l'assistenza alla madre e al neonato</b></p>	<p><b>Adozione di protocolli sul rischio in sala parto</b></p> <p>Ogni azienda in cui siano presenti sale parto deve certificare l'operatività dei seguenti protocolli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocollo che definisca le priorità nell'effettuazione del taglio cesareo (applicazione codici colore per il taglio cesareo).</li> <li>• Protocollo organizzativo per attività ambulatoriale del percorso per la gravidanza a basso rischio/fisiologica.</li> </ul>	<p>ASST sede di punti nascita</p>

	<p><b>Implementazione Trigger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relazione sulla attivazione del “sistema Trigger” presso i singoli Punti Nascita con numero eventi trigger segnalati e tipologia (seguiranno indicazioni tecniche)</li> </ul>	ASST sede di punti nascita
	<p>Promozione e sostegno allattamento al seno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione a survey regionali dedicate</li> <li>• Presenza di programmi integrati tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale coerenti con gli obiettivi del Comitato Percorso Nascita Locale entro il 31.12.2016</li> </ul>	ASST sede di punti nascita
<p><b>6.3 Iniziative di semplificazione</b></p>	<p><b>Comunicazione istituzionale:</b> partecipazione attiva dei referenti aziendali della comunicazione al tavolo di coordinamento permanente istituito dalla ATS di riferimento territoriale per l’implementazione coordinata dei contenuti dei portali web e della comunicazione in generale a seguito delle modifiche introdotte dalla l.r. 23/2015</p>	Tutte
<p><b>6.5 Prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne e i minori</b></p>	<p><b>Miglioramento della gestione in Pronto soccorso delle violenze di genere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adeguamento delle procedure alle indicazioni del piano quadriennale regionale per quanto riguarda i pronto soccorso (procedura interna, segnalazione e diagnosi ICD9, identificazione di un referente aziendale, come da piano quadriennale)</li> <li>• Introduzione della valutazione dei fattori di rischio secondo dangerous assessment mediante scheda informatizzata associata al verbale di PS</li> <li>• Incremento delle segnalazioni/ raccolta dati</li> <li>• Evidenza di un protocollo aziendale di gestione.</li> <li>• Individuazione di un referente aziendale per la violenza sulle donne</li> </ul>	Tutte

<p><b>6.6 Cooperazione internazionale</b></p>	<p><b>Collaborazioni internazionali in ambito sanitario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricognizione dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario</li> <li>• Invio di una relazione annuale sulle attività realizzate nel 2016</li> </ul>	<p>Tutte</p>
---	--	--------------

## PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>DESTINATARI</b>
Salute mentale e NPIA	<p>Confermato l'indicatore riportato nella delibera delle regole 2016 che prevede che il budget 2016 per gli interventi in 43san non debba essere superiore a quello del 2015 (Rif paragrafo 4.6).</p> <p>Saranno applicati all'indicatore i seguenti criteri di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Riduzione della spesa extracontratto (totale 43san adulti + 43 san minori) di una percentuale maggiore o uguale a 5% rispetto al 2015 : 100%</li><li>- Riduzione della spesa extracontratto di una percentuale compresa tra 0 e 5% : 95%</li><li>- Spesa extracontratto 2016 = spesa extracontratto 2015: 90%</li><li>- Spesa extracontratto aumentata fino al 5%: 75</li><li>- Spesa extracontratto con aumento superiore a 5%: 50%</li></ul>	Tutte le ATS / ASST interessate

**PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO**

<p>Appropriatezza prescrittiva Prescrizioni secondo le indicazioni fornite dalla normativa della Regione Lombardia e dalla normativa nazionale</p>	<p>Indicatore: Informazione e formazione dei prescrittori interni con organizzazione di almeno 1 evento formativo</p>	<p>TUTTE</p>
<p><b>POTENZIAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI E QUALITÀ DEI DATI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestazioni ambulatoriali</li> <li>• Prestazioni di Pronto Soccorso</li> <li>• Flussi Ministeriali</li> <li>• Rilevazione della abortività volontaria e spontanea</li> </ul>	<p>Prestazioni ambulatoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualità della rilevazione - errori gravi: percentuale di prescrizioni ambulatoriali contenenti errori "gravi" inferiore al 1%</li> <li>- Tempestività della rilevazione: non più del 1% di record 28SAN oltre la scadenza prevista</li> </ul> <p>Prestazioni di Pronto Soccorso: Completezza della rilevazione: scostamento rispetto a quanto rilevato con il flusso 28/SAN non superiore al 5%</p> <p>Flussi Ministeriali: Percentuale di modelli dei Flussi Ministeriali segnalati oltre il termine stabilito dalle regole inferiore al 1%</p> <p>Rilevazione della abortività volontaria e spontanea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Scostamento massimo del 2% tra le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) rilevate con le SDO e quelle rilevate con il flusso ISTAT (modello D.12)</li> <li>- Scostamento massimo del 2% tra gli aborti spontanei rilevati con le SDO e quelli rilevati con il flusso ISTAT (modello D.11)</li> </ul>	<p>TUTTE</p>

<p><b>Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle DGR n. X/2313/2014 e n. X/4702/2015.</b></p>	<p>Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 7 ottobre 2016, del 7% delle prestazioni di ricovero di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quota "fino al" 4% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza;</li> <li>- quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza.</li> </ul> <p>Invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 31.01.2016.</p>	<p>TUTTE</p>
<p><b>Realizzazione del PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE</b></p>	<p>Entro MARZO 2017 dovranno essere predisposti ed inseriti nella piattaforma PIMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione strutturato con l'evidente integrazione delle informazioni provenienti dagli indicatori di ambito e del monitoraggio interno 100%</li> <li>- la check-list di autovalutazione 100%</li> <li>- rapporti di audit interno ed esterno 100%</li> </ul>	<p>TUTTE</p>
<p><b>Sviluppo della funzione di Internal Audit</b></p>	<p>Dovrà essere garantita la funzione di I.A. seguendo le indicazioni descritte nella dgr 2989 del 23.12.2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attuazione del Piano di Internal Audit</li> <li>- Aderenza alle raccomandazioni scaturite dal Piano di Internal Audit</li> </ul>	<p>TUTTE</p>
<p><b>Prosecuzione, in collaborazione con le ATS, delle attività di implementazione e approfondimento degli studi orientati alla realizzazione di strumenti per il controllo e l'inibizione dei comportamenti prescrittivi inappropriati.</b></p>	<p>Partecipazione, su indicazione delle ATS territorialmente competenti, a gruppi di esperti volti alla produzione di indicazioni utili all'omogeneizzazione delle modalità di comportamento in ordine all'utilizzo della priorità "U" (Bollino Verde).</p>	<p>TUTTE</p>



<p>Applicazione contenuti dgr n. 1775/2011 e smi e della dgr n. 3993/2015: monitoraggio ex ante Attività Istituzionale, Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza - A.L.P.I. e S.</p> <p>Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz)</p> <p>Interventi di miglioramento e trasparenza dei tempi di attesa in attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011 e con ex d.lgs. 33/2013.</p>	<p>Effettuazione di almeno 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto del monitoraggio regionale e di 2 rilevazioni nazionali ex ante Attività Istituzionale, Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza - A.L.P.I. e S.</p> <p>Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015.</p> <p>Evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz)</p> <p>Attuazione dei disposti del punto 3.3.6. della D.g.r. n. X/1185/2013 - "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa"</p>	<p>TUTTE</p>
<p>Mantenimento/miglioramento della rilevazione di Customer Satisfaction.</p> <p>Miglioramento della qualità percepita rilevata attraverso il flusso di Customer Satisfaction</p> <p>Monitoraggio della qualità percepita nei percorsi di telesorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative in attuazione dei disposti della DGR X/3993/15 e alla DGR X/4702/15</p>	<p>Numerosità dei questionari raccolti 2016 =&gt; 2015</p> <p>Punteggio medio ottenuto nei questionari raccolti nel flusso 2016 =&gt; 2015</p> <p>Raccolta dei questionari relativi ai percorsi di telesorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative</p>	<p>TUTTE</p>
<p>Accreditamento negoziazione e contrattualizzazione</p>	<p>Allineamento dell'assetto accreditato alle previsioni da l.r.23/2015</p> <p>Rispetto delle scadenze stabilite dalle indicazioni regionali per la sigla dei contratti (ricoveri, specialistica ambulatoriale, subacute, psichiatria e neuropsichiatria infantile, nuove reti sanitarie) 100%</p>	<p>TUTTE</p>

	<p>Rispetto degli obiettivi di miglioramento assegnati alle specifiche AO nell'ambito dell'attività della negoziazione</p>	
<p>Concentrazione delle analisi di laboratorio in un unico punto aziendale di Laboratorio (progetti esecutivi aziendali o interaziendali validati da ATS);</p> <p><b>PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI MEDICINALI INIBITORI DI POMPA PROTONICA</b></p>	<p>Presentazione di un piano di riordino aziendale o interaziendale in aderenza agli indirizzi regionali in materia di riordino delle attività di Medicina di Laboratorio condiviso con RL e la ATS di riferimento</p> <p>1) Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione Per i pazienti in trattamento con IPP si intendono soggetti con età superiore o uguale a 18 anni con la prescrizione di almeno una confezione di IPP in Nota 1 o 48 riportati alla popolazione con età superiore o uguale a 18 anni.  2) Spesa pro-capite  3) N.DDD di IPP consumate in ospedale totale di soggetti dimessi *****</p> <p>Nel 2016 corretta informazione da parte di ATS e ASST ai prescrittori sulle indicazioni di appropriatezza prescrittiva di cui alle note AIFA 1 e 48:  Per ASST: invio di almeno una comunicazione ai prescrittori a firma della Direzione Strategica  Per ATS: invio di almeno una comunicazione ai MMG a firma della Direzione Strategica  A partire dal 2017 (per ATS ed ASST):  1) Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione: 16%  2) Spesa pro-capite: €12,5  3) N.DDD di IPP consumate in ospedale totale di soggetti dimessi: 10</p>	<p>TUTTE</p> <p>ATS /ASST</p>
<p><b>PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI MEDICINALI STATINE</b></p>	<p>Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo</p> <p><b>OBIETTIVO</b>  -Nel 2016 corretta informazione da parte di ATS e ASST ai prescrittori sulle indicazioni di appropriatezza prescrittiva di cui alle note AIFA 13.  Per ASST: invio di almeno una comunicazione ai prescrittori a firma della Direzione Strategica</p>	<p>ATS /ASST</p>

	<p>Per ATS: invio di almeno una comunicazione ai MMG a firma della Direzione Strategica</p> <p>-A partire dal 2017 (per ATS ed ASST):</p> <p>1) Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo:82%</p>	
--	---	--

**RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

Il presente atto viene pubblicato in copia all'Albo di questa  
**Azienda Socio-Sanitaria Territoriale della Valcamonica**  
Via Nissolina n. 2 - Breno (Brescia) - per 15 giorni consecutivi, a

decorrere dal ..... **27 OTT. 2016** .....

IL RESPONSABILE AREA  
GESTIONE DELLE RELAZIONI

(Gemma Torri)

.....  
*[Handwritten signature]*  
.....



**CERTIFICATO DI COPIA AUTENTICA**

Si attesta che la presente copia, composta da  
N. **35** (**Trentacinque**) pagine,  
è conforme all'originale.

Breno, ..... **27 OTT. 2016** .....

IL RESPONSABILE AREA  
GESTIONE DELLE RELAZIONI

(Gemma Torri)

.....  
*[Handwritten signature]*  
.....

