

OBIETTIVI OPERATIVI GESTIONALI DELL'AZIENDA U.S.L. – ANNO 2017

Area strategica: A) Economico finanziaria/Governo e controllo della spesa - peso 10				
ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
A.1	Sviluppo dell'utilizzo degli strumenti telematici per gli acquisti di beni e servizi sanitari e non sanitari, in ambito sanitario.	Potenziamento dell'uso diffuso degli strumenti innovativi a disposizione per l'acquisto di beni e servizi sanitari e non sanitari, previsti dalla normativa vigente.	Sviluppo dell'utilizzo degli acquisti telematici pari al 7,5% sul totale del valore delle procedure di acquisti effettuate durante l'anno 2017. Invio alla Struttura regionale competente, entro 30 aprile 2018, delle tabelle di confronto dati 2016 e 2017- punteggio: 10	10

Area strategica: B) Assistenza ospedaliera - peso 24				
ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
B.1	<p>B.1 Il DM 70/2015 prevede l'articolazione di reti per patologia che integrino attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale.</p> <p>Per il triennio 2017-2019 è richiesta la definizione e la predisposizione dei documenti di Rete clinica, se del caso interregionale/interaziendale, per ciascuna delle patologie, tempo-dipendenti di seguito indicate:</p> <p>a) Emergenze Cardiologiche; b) Ictus; c) Trauma maggiore; d) Neonatologia.</p>	<p>I documenti di Rete necessari sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Infrastruttura della Rete: indicazione delle strutture e dei servizi ospedalieri e territoriali (residenziali/semi-residenziali/domiciliari) che costituiscono i nodi della rete; 2) Fabbisogni di salute e di prestazioni del territorio afferente alla Rete rispetto alla patologia di cui si tratta; 3) Piano di Rete: documento programmatico con gli obiettivi di salute; 4) Modello organizzativo e procedure operative: definizione delle relazioni operative tra i diversi nodi della rete (chi fa cosa, dove e quando), con particolare riferimento ai collegamenti ospedale-ospedale, ospedale-territorio, territorio-territorio; 5) Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA): definizione del format dei PDTA della Rete, cui dovranno uniformarsi tutti i PDTA di Rete, che tenga conto dei momenti salienti del percorso di cura, quali: la presa in carico del paziente, la definizione del tutor o case manager, le procedure di consultazione multi-disciplinare, la dimissione ospedaliera protetta o assistita per la continuità di cura in fase post-acuzie, i passaggi da un nodo all'altro della rete, i tempi delle fasi del percorso di cura; 6) PDTA: elenco dei principali PDTA di Rete, in relazione alle tipologie di pazienti presi in carico; 7) Dotazione organica e requisiti professionali specifici per le strutture ed i servizi che costituiscono nodi di rete; 8) Dotazione tecnologica di base della Rete: indicazione della tecnologia presente nelle strutture/servizi nodi di rete; 9) Indicatori di processo e di esito del percorso clinico; 10) Sistema informativo: definire la tipologia dei dati raccolti, la qualità ed il loro utilizzo per il monitoraggio e la verifica degli indicatori di processo e di esito. <p>Per l'anno 2017 è richiesta la predisposizione dei documenti da 1 a 4; Per l'anno 2018 sarà richiesta la predisposizione dei documenti da 5 a 10.</p>	<p>Completezza e adeguatezza dei documenti di Rete clinica:</p> <p>B.1.a) Emergenze Cardiologiche: – punteggio: 3; B.1.b) Ictus: – punteggio: 3 B.1.c) Trauma maggiore: – punteggio: 3; B.1.d) Neonatologia: – punteggio: 3.</p> <p>Obiettivo interamente raggiunto (100%): se i primi 4 documenti di Rete risultano tutti completi ed esaustivi e adeguatamente predisposti in linea con le indicazioni ministeriali.</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto (50%): se 3 dei primi 4 documenti di Rete previsti risultano completi ed esaustivi e adeguatamente predisposti in linea con le indicazioni ministeriali.</p> <p>Obiettivo non raggiunto (0%): se più di 1 documento di Rete risulta incompleto e/o inadeguato.</p>	12

Area strategica: B) Assistenza ospedaliera - peso 24

ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
B.2	<p>B.2 Il parziale recupero della mobilità passiva ospedaliera verso strutture del privato accreditato fuori Regione è stato avviato in virtù dell'art.15, c.5, della l.r. 19/2015 e della successiva deliberazione della Giunta regionale 591/2016.</p> <p>Nel 2017 è necessario delinearne alcuni ambiti di intervento specifici nei confronti dei quali si intende valorizzare il livello quali quantitativo dell'offerta specialistica da parte delle strutture regionali pubbliche e private convenzionate.</p> <p>Nel 2017 la valorizzazione dell'offerta chirurgica specialistica riguarderà le prestazioni di chirurgia ortopedica di bassa e media complessità da eseguire presso le strutture regionali pubbliche o private convenzionate.</p>	<p>Nel corso del 2017 la mobilità passiva verso le strutture private accreditate poste fuori Regione deve ridursi fino a una soglia inferiore al 5% per le prestazioni di chirurgia ortopedica identificate dal c.d. Diagnosis-related group (DRG) 503 (Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione) e dal DRG 225 (Interventi sul piede) attraverso l'utilizzo ragionato dello strumento dell'autorizzazione preventiva previsto con la deliberazione della Giunta regionale 591/2016 ed esercitato attraverso la valutazione dell'apposita Commissione istituita con deliberazione del Direttore generale dell'Azienda U.S.L. n. 677/2016.</p> <p>Il miglioramento dell'efficacia del SSR, unitamente al buon governo dei tempi massimi di attesa, deve comportare, per queste due prestazioni chirurgiche, il potenziale mancato ricorso alla mobilità passiva verso le strutture extra regionali del privato accreditato.</p>	<p>B.2.1 Per il DRG 503 i dati di attività dal 2013 al 2015 indicano, sulla totalità del fabbisogno dei residenti ovunque trattati tra pubblico e privato accreditato, una flessione da 449 a 369 dimessi, nonostante l'indice di fuga sia passato da 27,6% a 30,9%. Poiché oltre l'80% della fuga è riconducibile a strutture private accreditate, tale valore deve arrivare alla soglia inferiore al 5% delle richieste totali, per quanto attiene il ricorso alle stesse poste fuori Regione. (96 casi dimessi nel 2015). – punteggio: 2</p> <p>B.2.2 Per il DRG 225 i dati di attività dal 2013 al 2015 indicano, sulla totalità del fabbisogno dei valdostani ovunque trattati tra pubblico e privato accreditato una flessione da 190 a 148 dimessi ma un indice di fuga cresciuto dal 45,4% al 49,6% Poiché il 64% della fuga è riconducibile a strutture private accreditate (51 casi nel 2015), tale valore del 64% deve arrivare alla soglia inferiore al 5% delle richieste totali, per quanto attiene il ricorso alle stesse poste fuori Regione.– punteggio: 2</p> <p>B.2.3 Numero di autorizzazione preventiva ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 591/2016 nel secondo semestre 2017 per i DRG 503 e 225 che deve essere < allo stesso numero registrato nel secondo semestre 2016. – punteggio: 2.</p>	6

Area strategica: B) Assistenza ospedaliera - peso 24				
ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
B.3	<p>B.3 Il mandato che la deliberazione della Giunta regionale n. 591/2016 ha inteso assolvere in relazione all'attività dell'Azienda USL, non si è limitato al governo della spesa per la mobilità passiva, ma ha chiamato in causa il diffondersi di buone prassi tra i medici prescrittori, nonché l'attivazione di opportuni percorsi, informativi e formativi, sui principi programmatori sottesi all'atto stesso e dissuasivi di comportamenti opportunistici, inappropriati e inutili per la salute del paziente, favorendo così opportuni processi di empowerment degli operatori sanitari e, attraverso questi, della popolazione assistita. La suddetta deliberazione n. 591/2016 stabiliva anche che la Commissione, per il rilascio delle suddette autorizzazioni, dovesse rispettare criteri appositamente individuati e definiti con deliberazione del Direttore generale che tengano conto delle ragioni organizzative aziendali, dei tempi di attesa superiori a quelli previsti dalla normativa vigente, dell'urgenza della prestazione, o di altre ragioni oggettivamente motivate per le quali il ricorso a strutture private accreditate poste fuori regione risponda alla effettiva tutela del diritto alla salute della persona.</p>	<p>Nel 2017, con opportuno atto deliberativo aziendale, integrativo della deliberazione del Direttore generale n. 677/2016, deve essere completato il mandato previsto, dalla deliberazione della Giunta regionale n.591/2016, verso l'Azienda U.S.L. relativamente ai punti 4; 5 e 9 del deliberato.</p>	<p>B.3.1 Stesura di apposite raccomandazioni prescrittive da illustrare in un incontro formativo/informativo ai medici prescrittori (ospedalieri e MMG) coerenti con le finalità della deliberazione della Giunta regionale n. 591/2016. – punteggio: 3;</p> <p>B.3.2 Individuazione di precisi criteri organizzativi (liste di attesa, impossibilità operative specifiche ec.) e clinici (priorità clinica) nonché individuali, ma oggettivamente motivati, sulle base dei quali procedere al rifiuto o alla concessione dell'autorizzazione al ricorso a strutture private convenzionate fuori regione. – punteggio: 2;</p> <p>B.3.3. Individuazione e piena efficacia del percorso clinico ed amministrativo del paziente a cui è negata l'autorizzazione al ricorso in strutture private convenzionate fuori regione in base alla deliberazione della Giunta regionale n. 591/2016. – punteggio: 1.</p>	6

Area strategica: C) Assistenza territoriale - peso 14

ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
C.1	<p>C.1 Il potenziamento dei servizi territoriali è un asse cruciale della politica socio-sanitaria regionale.</p> <p>A tali fini per il 2017 è richiesta:</p> <p>C1.a: un'analisi, svolta in collaborazione con i Medici di medicina generale (MMG), dei bisogni assistenziali delle vallate laterali e dei servizi sanitari ivi erogati, con evidenziazione della logistica dei punti erogatori e dei relativi costi;</p> <p>C.1.b: l'avvio di tre progetti sperimentali, in aree territoriali definite, per il potenziamento dei servizi territoriali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. associazioni funzionali territoriali dei pediatri di libera scelta per assicurare l'assistenza pediatrica ambulatoriale continuativa, sull'arco dell'intera giornata, nei giorni feriali (Lu-Ve), previo accordo integrativo regionale; 2. forme di assistenza infermieristica di comunità nell'ambito dell'associazionismo medico finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità; 3. puerperio al domicilio e predisposizione di una relazione tecnica contenente le indicazioni/raccomandazioni cliniche e i requisiti di inclusione per l'attivazione del parto a domicilio ai fini dell'approvazione di una legge o di una deliberazione regionale per l'avvio sperimentale del parto al domicilio in Valle d'Aosta. 	<p>C.1.a Predisposizione di un documento di analisi che dia evidenza, per ciascuno dei Comuni delle vallate laterali, con riferimento agli ultimi dati annuali disponibili (2016 o 2015):</p> <ul style="list-style-type: none"> - della popolazione residente, ripartita per fasce di età; - dei numeri dei pazienti affetti da patologie croniche che necessitano di monitoraggio continuo; - degli ambulatori di Medicina assistenza primaria (MAP), se presenti, dei relativi giorni settimanali e degli orari di funzionamento nonché degli accessi medi registrati e dei relativi costi; - delle farmacie, se presenti, e dei relativi costi per indennità di sede disagiata; - dei presidi sanitari, se presenti, delle prestazioni ivi erogate con relativi costi e orari di funzionamento (giorni settimanali e orari); - delle cure domiciliari erogate (indicare per ciascuna tipologia il numero dei pazienti assistiti al domicilio): assistenza domiciliare programmata (ADP), assistenza infermieristica domiciliare (AID), assistenza domiciliare integrata (ADI), assistenza domiciliare integrata cure palliative (ADI-CP), prelievi ematici, riabilitazione (logopedia e fisioterapia), tele-monitoraggio dei parametri vitali, altre forme assistenziali erogate al domicilio e relativi costi <p>C.1.b. Avvio sperimentale delle tre esperienze di servizi territoriali.</p>	<p>C.1.a: consegna del documento di analisi alla competente Struttura dell'Assessorato Sanità salute e politiche sociali entro il 31 ottobre 2017 al fine della successiva condivisione con i MMG all'interno del Comitato permanente regionale. – punteggio: 2;</p> <p>C.1.b: consegna di una relazione illustrativa delle modalità di attivazione delle tre esperienze e delle prime valutazioni in termini di analisi costi/benefici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. associazioni funzionali territoriali dei pediatri di libera scelta – punteggio: 2; 2. attività di medicina di iniziativa sulla gestione del rischi cardiovascolare e relazione quali-quantitativa delle attività svolte nell'ambito dell'associazionismo medico - punteggio: 2; 3. puerperio al domicilio e consegna di una relazione tecnica concernente il parto al domicilio – punteggio: 2. 	8

Area strategica: C) Assistenza territoriale - peso 14				
ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
C.2	C.2. Front Office e Centro unico di prenotazione (CUP): rafforzare e migliorare la performance degli sportelli front line al fine di migliorare la qualità delle risposte erogate ai cittadini.	<p>C.2. Front Office e CUP: programma di incontri informativi e formativi rivolti a tutti gli addetti ai servizi di front office e CUP (sia gestiti direttamente sia esternalizzati) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • raccogliere criticità e suggestioni; • formulare e informare relativamente ai temi di interesse (a titolo esemplificativo: FSE e consegna referti, ticket, richiesta esenzioni, tempi massimi di attesa, ambulatori MAP ad accesso diretto, screening, ecc.); • migliorare le competenze comunicative 	<p>Consegna del programma annuale degli incontri formativi/informativi (almeno 3) , che dia evidenza degli argomenti focus da trattare e delle modalità di svolgimento degli incontri entro il 30.06.2017 –</p> <p>punteggio 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilità ed efficacia degli incontri effettuati misurata attraverso la somministrazione del questionario di customer satisfaction predisposto dalla competente Struttura dell'Assessorato sanità:– punteggio 4: • valutazione mediamente buona circa l'utilità e l'efficacia di tutti i 3 incontri formativi: 100% del punteggio; • valutazione mediamente buona circa l'utilità e l'efficacia di 2 dei 3 incontri formativi: 50% del punteggio; • valutazione mediamente buona circa l'utilità e l'efficacia di 1 solo o nessuno dei 3 incontri formativi: punteggio 0. 	6

Area strategica: D) Integrazione attività ospedaliera, attività territoriale e area sociale - peso 12

ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
D.1	<p>Nel 2016 è stata realizzata un'importante revisione dei servizi residenziali, semi-residenziali e di educativa territoriale erogati dal privato accreditato per la cura e l'assistenza delle patologie afferenti la salute mentale e le dipendenze patologiche.</p> <p>Nel 2017 occorre dare piena applicazione alla riforma dei servizi operata ed attuare la necessaria integrazione tra pubblico/privato ed assistenza ospedaliera/assistenza territoriale residenziale/semiresidenziale/educativa territoriale)</p> <p>D.1: Definizione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le principali patologie trattate e condivisione degli stessi tra tutti i clinici interessati:</p> <p>D. 1. a. PDTA per una patologia psichiatrica;</p> <p>D. 1 b. PDTA per una patologia di dipendenza patologica;</p> <p>D. 1. c. un PDTA per una patologia di neuro-psichiatria infantile/adolescenziale.</p>	<p>D.1: I PDTA dovranno essere redatti secondo un format standard che dia evidenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dei punti di accesso al percorso; • delle modalità di presa in carico del paziente • delle strutture e dei servizi che costituiscono i nodi della rete attraverso la quale si sviluppa il percorso di cura, ivi compresi quelli gestiti dal privato convenzionato; • dei criteri di accesso ai diversi setting assistenziali: domiciliare e territoriale, ospedaliero, residenziale e semi-residenziale; • delle fasi di prevenzione, di diagnosi, di cura e di follow up; • dei punti e delle modalità di integrazione con i servizi sociali; • degli indicatori di processo (es. tempi delle varie fasi del percorso) e di esito (es. reinserimento sociale, recupero di abilità, evitata perdita delle abilità residue); • del case manager e delle relative attribuzioni e competenze. 	<p>D.1: Completezza e chiarezza dei PDTA presentati entro le scadenze sotto-elencate:</p> <p>D.1.a: entro il 31 dicembre 2017 – punteggio: 2;</p> <p>D.1.b: entro il 31 dicembre 2017 – punteggio:2;</p> <p>D.1.c: entro il 31 dicembre 2017 – punteggio: 2.</p>	6

Area strategica: D) Integrazione attività ospedaliera, attività territoriale e area sociale - peso 12

ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
D.2	<p>Miglioramento dell'appropriatezza degli inserimenti presso i servizi gestiti dal privato accreditato attraverso:</p> <p>a. il rispetto dei tempi massimi degli inserimenti nelle strutture residenziali;</p> <p>b. la minimizzazione degli abbandoni volontari dalle strutture;</p> <p>c. la tempestività della predisposizione dei Percorsi terapeutici individuali (PTI) da parte del case manager;</p> <p>d. lo svolgimento degli audit periodici con particolare riferimento alla verifica della presenza dei PTRP e al loro monitoraggio in progress.</p>	<p>D.2.a. rispetto dei tempi massimi di permanenza nelle strutture residenziali di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 523/2016 per il 95% degli utenti inseriti (diversi da quelli già definiti "lungo-degenti" all'esito delle rivalutazioni effettuate nell'anno 2016);</p> <p>D.2.b: percentuale di abbandoni volontari delle strutture residenziali, contro il parere dei sanitari, prima della scadenza del Piano terapeutico riabilitativo psichiatrico (PTRP), non superiore al 20% degli inserimenti effettuati in struttura;</p> <p>D.2.c: presenza del PTI all'ingresso e definizione del PTRP nei tempi prescritti per il 90% dei pazienti inseriti in struttura e in educativa territoriale (sia per le dipendenze che per la salute mentale);</p> <p>D.2.d: svolgimento di almeno 3 audit clinici/anno per ciascuna struttura operatore accreditato per le dipendenze e 2 audit clinici/anno per ciascuna struttura operatore accreditato per l'area psichiatrica)</p>	<p>D.2.a e D.2.b: la verifica sarà effettuata sulla base di due relazioni semestrali del Direttore generale dell'Azienda U.S.L., corredate da documentazione, anche probatoria, di supporto, che evidenzino:</p> <p>a. Il rispetto dei tempi massimi di permanenza nelle strutture residenziali,</p> <p>b. gli abbandoni volontari degli inserimenti nelle strutture residenziali;</p> <p>D.2.c.: la presenza del PTI all'ingresso e definizione del PTRP nei tempi prescritti per il 90% dei pazienti inseriti in struttura e in educativa territoriale (sia per le dipendenze che per la salute mentale) risultanti dai controlli a campione eseguiti nel corso dell'anno dalla Struttura Sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale;</p> <p>D.2.d: acquisizione periodica dei verbali degli audit clinici effettuati dal Dipartimento di Salute Mentale per le strutture/operatori privati accreditati e convenzionati.</p>	6

Area strategica: E) Prevenzione - peso 20				
ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
E.1	Predisposizione del nuovo Piano Regionale prevenzione vaccinale 2017/2019, comprensivo delle modalità organizzative, al fine di dare attuazione alle nuove politiche vaccinali a livello regionale, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017/2019 e dalla circolare del Ministero della salute DGPRES 0007903 del 09/03/2017.	Predisposizione del documento di Piano Regionale Prevenzione Vaccinale 2017/2019	Invio alla Struttura regionale competente della bozza del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale 2017/2019 condivisa con la Struttura stessa, che dimostri il conseguimento del risultato atteso. – punteggio: 10.	10
E.2	Miglioramento delle percentuali inerenti le coperture vaccinali pediatriche, compreso l'aumento graduale delle coperture vaccinali previste dal PNPV 2017-2019	Implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 con introduzione delle vaccinazioni anti-meningococcica B, anti-meningococcica tetravalente ACWY, anti-varicella, anti-pneumococcica nei soggetti di 65 anni di età e azioni tese al miglioramento delle coperture vaccinali pediatriche	Report al 31/12/2017 che descriva tutte le azioni realizzate (iniziative di informazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari e della popolazione, formazione, counseling) utili a migliorare le coperture vaccinali e che attesti le coperture per le vaccinazioni anti-meningococcica B, anti-meningococcica tetravalente ACWY, anti-varicella, anti-pneumococcica nei soggetti di 65 anni di età. – punteggio: 10.	10

Area strategica: F) Liste di attesa e Appropriatezza - peso 8

ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
F.1	<p>La problematica attinente il miglioramento dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è di tipo complesso e multidimensionale. Attiene certamente a aspetti organizzativi, funzionali e solo in parte problemi di dotazione di risorse umane e strutturali.</p> <p>Data la complessità e multidimensionalità del fenomeno liste di attesa si è deciso di non porre un obiettivo sull'esito (tempo di attesa) bensì sulla virtuosità di alcuni segmenti del processo che possono contribuire al miglioramento dell'esito stesso.</p>	<p>Per valutare un fenomeno complesso e migliorarne l'efficacia e l'efficienza è necessario che nel corso del 2017 esso si conformi alle prassi stabilite con precedenti ed opportuni atti deliberativi della Giunta regionale e che gli strumenti prescrittivi siano coerenti sia al bisogno clinico, sia all'attività diagnostica assistenziale che ne consegue.</p> <p>Un contributo alla coerenza dei percorsi, nonché dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni da parte sia dei medici prescrittori, sia dei medici erogatori consiste nell'avvio nel 2017, in forma sperimentale, del Modello RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).</p>	<p>F.1 Predisposizione entro settembre 2017 di apposite indicazioni di prescrizioni appropriate condivise fra medici prescrittori e erogatori su prescrizioni riferite a:</p> <p>1) 1° visita specialistica per S.C. /SS; 2) TC-RM colonna e grosse articolazioni 3) Eco Addome– punteggio: 2;</p> <p>F.2 Indicazione in almeno 95% dei casi e monitoraggio trimestrale della identificazione della classe di priorità clinica prevista dalla normativa vigente per tutte le prime visite e le visite di controllo richieste al SSR, da accertare mediante l'analisi di un campione statisticamente significativo di prescrizioni – punteggio: 2;</p> <p>F.3 Presenza su tutte le prescrizioni (almeno 75% dei casi) del quesito diagnostico da accertare mediante l'analisi di un campione statisticamente significativo di prescrizioni. – punteggio: 2;</p> <p>F.4 Coinvolgimento spontaneo di un gruppo di medici di medicina generale e di specialisti di area clinica per l'avvio - informato - del modello RAO su una delle seguenti aree: radiologia, cardiologia, gastroenterologia e stesura delle priorità cliniche conseguenti da accertare attraverso i verbali degli incontri e la sottoscrizione di una prima lista RAO specialistica per disciplina. – punteggio: 2.</p>	8

Area strategica: G) Sanità veterinaria - peso 10				
ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
G.1	Mantenimento dei requisiti per l'ottenimento della dichiarazione di territorio ufficialmente indenne (U.I.) da tubercolosi bovina e mantenimento della qualifica di U.I. da brucellosi bovina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica.	<p>G.1.a. percentuale di allevamenti bovini di cui è confermato che sono stati infetti da tubercolosi;</p> <p>G.1.b. percentuale degli allevamenti che sia stato dichiarato ufficialmente indenne da tubercolosi;</p> <p>G.1.c. esecuzione dei controlli programmati sulle aziende e sugli animali ai sensi della normativa vigente.</p>	<p>Il punteggio verrà attribuito solo a raggiungimento dell'intero obiettivo:</p> <p>G.1.a. $\leq 0,1$ % del totale degli allevamenti: verifica dell'indicatore mediante interrogazione in banca dati anagrafe del bestiame;</p> <p>G.1.b. \geq il 99,9 %: verifica dell'indicatore mediante interrogazione in banca dati anagrafe del bestiame;</p> <p>G.1.c. 100%: verifica dell'indicatore mediante interrogazione in banca dati anagrafe del bestiame.</p>	10
Area strategica: H) Innovazione/Sanità elettronica - peso 2				
ID	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI
H.1	<p>Flussi informativi ministeriali Sistema Informativo per il monitoraggio e la tutela della Salute Mentale (SISM) e Sistema Informativo Dipendenze (SIND).</p> <p>a. Flusso SISM: è richiesto l'avvio del progressivo popolamento del flusso informativo ministeriale SISM;</p> <p>b. Flusso SIND: è richiesta la completezza e correttezza dei flussi informativi.</p>	<p>H.1.a.: presenza e completezza di almeno un flusso (territoriale o residenziale/semi-residenziale) dei flussi SISM;</p> <p>H.1.b.: completezza e correttezza di tutti i flussi SIND.</p>	<p>Verifica della completezza e correttezza dei flussi da parte dei competenti uffici regionali</p> <p>H.1.a.: – punteggio: 1 H.1.b.: – punteggio: 1</p> <p>Obiettivo raggiunto (100% del punteggio): se il flusso dati è regolare, completo e con minimi errori fisiologici;</p> <p>Obiettivo non raggiunto (0 punti): se il flusso dati non è regolare, è incompleto e/o presenta errori sostanziali.</p>	2