

ASST

ASSEGNAZIONE 3% COMPLESSIVO per OBIETTIVI soggetti a valutazione esclusivamente con riferimento al 2° semestre 2018		
OBIETTIVO	INDICATORE	% Assegnata
Progetto Ambulatori Aperti - Ogni struttura deve garantire una quota aggiuntiva di prestazioni SSR erogate in orari serali (17-22) e sabato /domenica. Le prestazioni devono essere rendicontate con il "flag J" che permette di identificarle.	Mantenimento / incremento dei volumi di prestazioni erogate e rendicontate con il "flag J" rispetto al secondo semestre 2017.	0.25
TEMPI D'ATTESA Rispetto per almeno il 95% dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in classe di priorità U,B,D	INDICATORE: saranno presi in esame i T.A. di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale con classe di priorità U B D e verificata l'aderenza ai tempi d'attesa richiesti dal prescrittore. La base dati sarà costituita dal flusso AMB 2° semestre 2018. - Risultato > = 95% delle prestazioni erogate entro soglia: obiettivo raggiunto; - risultato tra 85 e 94%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale di prestazioni erogate entro soglia; - risultato < 85%: obiettivo non raggiunto. La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità	0.25
Trasmissione tempestiva del flusso obbligatorio AMB (28/SAN)	1) Errori gravi < 1% al consuntivo. La base dati sarà costituita dal flusso AMB (dati validati da R.L.); 2) Aumento della quantità di record compilati per il campo diagnosi relativamente alle visite (prime e successive). Risultato: • >35%: obiettivo raggiunto • tra 10 e 35%: riconoscimento della quota percentuale raggiunta • < 10% obiettivo non raggiunto La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità NB: ad ogni indicatore viene dato un peso del 50% del valore assegnato	0.20
Implementazione dei referti di Anatomia Patologica delle strutture di ricovero del territorio per il Registro Tumori dell'ATS di Bergamo	Trasmissione entro l'anno solare successivo dei record relativi ai referti di Anatomia Patologica dei pazienti con diagnosi oncologica secondo un tracciato record concordato con il SEA dell'ATS di Bergamo	0.20
Compilazione del codice di patologia per i soggetti che hanno ricevuto prestazioni in ambito oncologico nei record trasmessi dall'ATS. Riferimento anno 2018	L'indicatore di raggiungimento dell'obiettivo sarà pari al 75% di compilazione dei record inviati dall'ATS sui singoli pazienti che hanno ricevuto nell' anno 2018, le prestazioni di cui all'allegato_1	0.20
Collaborazione, per quanto di competenza, per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale previsti dai "piani vaccinazione nazionali e regionali".	Raggiungimento delle % di copertura che saranno definite da RL per l' anno in corso	0.25
Attivazione programmi di formazione / sensibilizzazione al corretto ed appropriato utilizzo degli Antibiotici, diffusione dei documenti (algoritmi) ai medici specialisti delle strutture in ottica	Indicatore: le strutture dovranno documentare entro il 30 settembre 2018 l'effettuazione di Riunioni di Dipartimento / Reparto per le seguenti Aree : Medicina, Chirurgia, Cardiologia, Ortopedia e Pediatria	0.25

Allegato 9

soprattutto di visite / prescrizioni ambulatoriali e dimissioni da ricovero.		
TEMPI D'ATTESA Rispetto dei tempi d'attesa screening ca mammario e tumori del colon retto (Documento di valutazione delle Performance dei DIPS delle ATS lombarde)	<p>SCREENING CA MAMMARIO In caso di esito positivo va offerto un appuntamento per gli accertamenti di secondo livello entro ventotto giorni – del calendario solare – dall'esecuzione della mammografia di screening.</p> <p>SCREENING TUMORI DEL COLONRETTO In caso di esito positivo del test per la determinazione del sangue occulto fecale devono essere garantiti all'utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la visita gastroenterologica entro dieci giorni del calendario solare dal test RSO, - il primo accertamento di secondo livello entro trenta giorni del calendario solare dal test RSO. <p>Obiettivo TA è raggiunto se il dato di Struttura è superiore o uguale al dato provinciale, rilevato da ATS nello stesso periodo, con una tolleranza del 5%.</p> <p>In caso di scostamenti "in difetto" superiori al 5%, rispetto al dato osservato a livello provinciale, si considererà raggiunto l'obiettivo TA se i ritardi (tracciati su db di screening) sono dovuti ad esigenze degli utenti e non attribuibili all'erogatore.</p>	0.50
Screening mammografico	Accordi ed indicatori qualitativi sono stati trasmessi alle strutture interessate prima della stipula del contratto	0.20
Screening colon retto	Accordi ed indicatori qualitativi sono stati trasmessi alle strutture interessate prima della stipula del contratto	0.20
Implementazione della gestione diretta delle prenotazioni di prestazioni di controllo richieste dai propri specialisti	In continuità con l'obiettivo assegnato lo scorso anno (predisposizione di un progetto che esplicitasse le modalità con cui la struttura intendeva garantire l'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili), si richiede la trasmissione entro il 30/11/2018 di adeguate evidenze documentali in ordine all'effettiva implementazione nel corso dell'anno 2018, di quanto previsto dai progetti stessi. Ai fini del monitoraggio ATS procederà all'effettuazione di controlli, anche tenendo in considerazione i reclami pervenuti all'URP	0.50

EEPA CHE EROGANO PRESTAZIONI DI SCREENING COLONRETTO

ASSEGNAZIONE 3% COMPLESSIVO per OBIETTIVI soggetti a valutazione esclusivamente con riferimento al 2° semestre 2018		
OBIETTIVO	INDICATORE	% Assegnata
Progetto Ambulatori Aperti - Ogni struttura deve garantire una quota aggiuntiva di prestazioni SSR erogate in orari serali (17-22) e sabato/domenica. Le prestazioni devono essere rendicontate con il "flag J" che permette di identificarle.	Mantenimento / incremento dei volumi di prestazioni erogate e rendicontate con il "flag J" rispetto al secondo semestre 2017.	0.25
TEMPI D'ATTESA Rispetto per almeno il 95% dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in classe di priorità U,B,D	INDICATORE: saranno presi in esame i T.A. di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale con classe di priorità U B D e verificata l'aderenza ai tempi d'attesa richiesti dal prescrittore. La base dati sarà costituita dal flusso AMB 2° semestre 2018. - Risultato > = 95% delle prestazioni erogate entro soglia: obiettivo raggiunto; - risultato tra 85 e 94%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale di prestazioni erogate entro soglia; - risultato < 85%: obiettivo non raggiunto. La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità	0.25
Prosecuzione e completamento dell'attività di integrazione al SISS dei sistemi informativi. Non essendo ancora pervenuti gli obiettivi assegnati da R. L., ci si riserva la possibilità di modificare in itinere gli indicatori dandone opportuna e tempestiva comunicazione	1) Corretta gestione delle ricette dematerializzate con modalità WEB Application o modalità integrata tramite WEB Service. Almeno 80% di corretta presa in carico ricetta DEM ; 2) Servizio Informativo Integrato MOSA - corretta trasmissione del flusso finalizzata all'implementazione del "Servizio Informativo Integrato" e del "Sistema di prenotazione Differita"; NB: ad ogni indicatore viene dato un peso del 50% del valore assegnato	0.25
Trasmissione tempestiva del flusso obbligatorio AMB (28/SAN)	1) Errori gravi < 1% al consuntivo. La base dati sarà costituita dal flusso AMB (dati validati da R.L.); 2) Aumento della quantità di record compilati per il campo diagnosi relativamente alle visite (prime e successive). Risultato: >35%: obiettivo raggiunto • tra 10 e 35%: riconoscimento della quota percentuale raggiunta • < 10% obiettivo non raggiunto La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità. NB: ad ogni indicatore viene dato un peso del 50%	0.50
Compilazione del codice di patologia per i soggetti che hanno ricevuto prestazioni in ambito oncologico nei record trasmessi dall'ATS. Riferimento anno 2018	L'indicatore di raggiungimento dell'obiettivo sarà pari al 75% di compilazione dei record inviati dall'ATS sui singoli pazienti che hanno ricevuto nell'anno 2018, le prestazioni di cui all'allegato_1	0.25
Attivazione programmi di formazione / sensibilizzazione al corretto ed appropriato utilizzo degli Antibiotici, diffusione dei documenti (algoritmi) ai medici specialisti delle strutture in ottica soprattutto di visite / prescrizioni ambulatoriali e dimissioni da ricovero.	Indicatore: le strutture dovranno documentare entro il 30 settembre 2018 l'effettuazione di Riunioni di Dipartimento / Reparto per le seguenti Aree : Medicina, Chirurgia, Cardiologia, Ortopedia e Pediatria	0.25

<p>TEMPI D'ATTESA</p> <p>Rispetto dei tempi d'attesa screening tumori del colon retto.</p> <p>(Documento di valutazione delle Performance dei DIPS delle ATS lombarde)</p>	<p>SCREENING TUMORI DEL COLONRETTO</p> <p>In caso di esito positivo del test per la determinazione del sangue occulto fecale devono essere garantiti all'utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la visita gastroenterologica entro dieci giorni del calendario solare dal test RSO, - il primo accertamento di secondo livello entro trenta giorni del calendario solare dal test RSO. <p>Obiettivo TA è raggiunto se il dato di Struttura è superiore o uguale al dato provinciale, rilevato da ATS nello stesso periodo, con una tolleranza del 5%.</p> <p>In caso di scostamenti "in difetto" superiori al 5%, rispetto al dato osservato a livello provinciale, si considererà raggiunto l'obiettivo TA se i ritardi (tracciati su db di screening) sono dovuti ad esigenze degli utenti e non attribuibili all'erogatore.</p>	0.50
Screening colon retto	Accordi ed indicatori qualitativi sono stati trasmessi alle strutture interessate prima della stipula del contratto	0.25
Implementazione della gestione diretta delle prenotazioni di prestazioni di controllo richieste dai propri specialisti	In continuità con l'obiettivo assegnato lo scorso anno (predisposizione di un progetto che esplicitasse le modalità con cui la struttura intendeva garantire l'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili), si richiede la trasmissione entro il 30/11/2018 di adeguate evidenze documentali in ordine all'effettiva implementazione nel corso dell'anno 2018, di quanto previsto dai progetti stessi. Ai fini del monitoraggio ATS procederà all'effettuazione di controlli, anche tenendo in considerazione i reclami pervenuti all'URP	0.50

EEPA CHE NON EROGA PRESTAZIONI DI SCREENING

ASSEGNAZIONE 3% COMPLESSIVO per OBIETTIVI soggetti a valutazione esclusivamente con riferimento al 2° semestre 2018		
OBIETTIVO	INDICATORE	% Assegnata
Progetto Ambulatori Aperti - Ogni struttura deve garantire una quota aggiuntiva di prestazioni SSR erogate in orari serali (17-22) e sabato/domenica. Le prestazioni devono essere rendicontate con il "flag J" che permette di identificarle.	Mantenimento / incremento dei volumi di prestazioni erogate e rendicontate con il "flag J" rispetto al secondo semestre 2017.	0.50
TEMPI D'ATTESA Rispetto per almeno il 95% dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in classe di priorità U,B,D	INDICATORE: saranno presi in esame i T.A. di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale con classe di priorità U B D e verificata l'aderenza ai tempi d'attesa richiesti dal prescrittore. La base dati sarà costituita dal flusso AMB 2° semestre 2018. - Risultato > = 95% delle prestazioni erogate entro soglia: obiettivo raggiunto; - risultato tra 85 e 94%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale di prestazioni erogate entro soglia; - risultato < 85%: obiettivo non raggiunto. La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità	0.50
Prosecuzione e completamento dell'attività di integrazione al SISS dei sistemi informativi. Non essendo ancora pervenuti gli obiettivi assegnati da R. L., ci si riserva la possibilità di modificare in itinere gli indicatori dandone opportuna e tempestiva comunicazione	1) Corretta gestione delle ricette dematerializzate con modalità WEB Application o modalità integrata tramite WEB Service. Almeno 80% di corretta presa in carico ricetta DEM ; 2) Servizio Informativo Integrato MOSA - corretta trasmissione del flusso finalizzata all'implementazione del "Servizio Informativo Integrato" e del "Sistema di prenotazione Differita"; NB: ad ogni indicatore viene dato un peso del 50% del valore assegnato	0.50
Trasmissione tempestiva del flusso obbligatorio AMB (28/SAN)	1) Errori gravi < 1% al consuntivo. La base dati sarà costituita dal flusso AMB (dati validati da R.L.); 2) Aumento della quantità di record compilati per il campo diagnosi relativamente alle visite (prime e successive). Risultato: >35%: obiettivo raggiunto • tra 10 e 35%: riconoscimento della quota percentuale raggiunta • < 10% obiettivo non raggiunto La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità NB: ad ogni indicatore viene dato un peso del 50% del valore assegnato	0.50
Implementazione della gestione diretta delle prenotazioni di prestazioni di controllo richieste dai propri specialisti	In continuità con l'obiettivo assegnato lo scorso anno (predisposizione di un progetto che esplicitasse le modalità con cui la struttura intendeva garantire l'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili), si richiede la trasmissione entro il 30/11/2018 di adeguate evidenze documentali in ordine all'effettiva implementazione nel corso dell'anno 2018, di quanto previsto dai progetti stessi. Ai fini del monitoraggio ATS procederà all'effettuazione di controlli, anche tenendo in considerazione i reclami pervenuti all'URP	1

SCHEDA TIPO MED SPORT

ASSEGNAZIONE 3% COMPLESSIVO per OBIETTIVI soggetti a valutazione esclusivamente con riferimento al 2° semestre 2018		
OBIETTIVO	INDICATORE	% Assegnata
Garanzia di mantenimento del servizio a favore degli utenti minori e disabili anche negli ultimi mesi dell'anno.	Evidenza erogazione prestazioni negli ultimi mesi dell'anno.	1
Progetto Ambulatori Aperti - Ogni struttura deve garantire una quota aggiuntiva di prestazioni erogate in orari serali (17-22) e sabato/domenica. Le prestazioni devono essere rendicontate con il "flag J" che permette di identificarle.	Mantenimento / incremento dei volumi di prestazioni erogate e rendicontate con il "flag J" rispetto al secondo semestre 2017. Ai fini valutativi sarà presa in considerazione la totalità delle prestazioni erogate.	1
Trasmissione tempestiva del flusso obbligatorio AMB (28/SAN)	Errori gravi < 1% al consuntivo. La base dati sarà costituita dal flusso AMB (dati validati da R.L.). La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità.	1

AMBULATORIO MONOSPECIALISTICO

ASSEGNAZIONE 3% COMPLESSIVO per OBIETTIVI soggetti a valutazione esclusivamente con riferimento al 2° semestre 2018		
OBIETTIVO	INDICATORE	% Assegnata
Progetto Ambulatori Aperti - Ogni struttura deve garantire una quota aggiuntiva di prestazioni SSR erogate in orari serali (17-22) e sabato/domenica. Le prestazioni devono essere rendicontate con il "flag J" che permette di identificarle.	Mantenimento / incremento dei volumi di prestazioni erogate e rendicontate con il "flag J" rispetto al secondo semestre 2017.	1
Prosecuzione e completamento dell'attività di integrazione al SISS dei sistemi informativi. Non essendo ancora pervenuti gli obiettivi assegnati da R. L., ci si riserva la possibilità di modificare in itinere gli indicatori dandone opportuna e tempestiva comunicazione	Corretta gestione delle ricette dematerializzate con modalità WEB Application o modalità integrata tramite WEB Service. Almeno 80% di corretta presa in carico ricetta DEM.	1
Trasmissione tempestiva del flusso obbligatorio AMB (28/SAN)	<p>1) Errori gravi < 1% al consuntivo. La base dati sarà costituita dal flusso AMB (dati validati da R.L.);</p> <p>2) Aumento della quantità di record compilati per il campo diagnosi relativamente alle visite (prime e successive).</p> <p>Risultato: >35%: obiettivo raggiunto</p> <ul style="list-style-type: none"> • tra 10 e 35%: riconoscimento della quota percentuale raggiunta • < 10% obiettivo non raggiunto <p>La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità.</p> <p>NB: ad ogni indicatore viene dato un peso del 50% del valore assegnato</p>	1

POLIAMBULATORIO

ASSEGNAZIONE 3% COMPLESSIVO per OBIETTIVI soggetti a valutazione esclusivamente con riferimento al 2° semestre 2018		
OBIETTIVO	INDICATORE	% Assegnata
Progetto Ambulatori Aperti - Ogni struttura deve garantire una quota aggiuntiva di prestazioni SSR erogate in orari serali (17-22) e sabato/domenica. Le prestazioni devono essere rendicontate con il "flag J" che permette di identificarle.	Mantenimento / incremento dei volumi di prestazioni erogate e rendicontate con il "flag J" rispetto al secondo semestre 2017.	0.5
TEMPI D'ATTESA Rispetto per almeno il 95% dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in classe di priorità U,B,D	INDICATORE: saranno presi in esame i T.A. di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale con classe di priorità U B D e verificata l'aderenza ai tempi d'attesa richiesti dal prescrittore. La base dati sarà costituita dal flusso AMB 2° semestre 2018. - Risultato > = 95% delle prestazioni erogate entro soglia: obiettivo raggiunto; - risultato tra 85 e 94%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale di prestazioni erogate entro soglia; - risultato < 85%: obiettivo non raggiunto. La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità	0.5
Prosecuzione e completamento dell'attività di integrazione al SISS dei sistemi informativi. Non essendo ancora pervenuti gli obiettivi assegnati da R. L., ci si riserva la possibilità di modificare in itinere gli indicatori dandone opportuna e tempestiva comunicazione	1) Corretta gestione delle ricette dematerializzate con modalità WEB Application o modalità integrata tramite WEB Service. Almeno 80% di corretta presa in carico ricetta DEM ; 2) Servizio Informativo Integrato MOSA - corretta trasmissione del flusso finalizzata all'implementazione del "Servizio Informativo Integrato" e del "Sistema di prenotazione Differita"; NB: ad ogni indicatore viene dato un peso del 50% del valore assegnato	0.5
Trasmissione tempestiva del flusso obbligatorio AMB (28/SAN)	1) Errori gravi < 1% al consuntivo. La base dati sarà costituita dal flusso AMB (dati validati da R.L.); 2) Aumento della quantità di record compilati per il campo diagnosi relativamente alle visite (prime e successive). Risultato: >35%: obiettivo raggiunto • tra 10 e 35%: riconoscimento della quota percentuale raggiunta • < 10% obiettivo non raggiunto La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità NB: ad ogni indicatore viene dato un peso del 50% del valore assegnato	0.5
Implementazione della gestione diretta delle prenotazioni di prestazioni di controllo richieste dai propri specialisti	In continuità con l'obiettivo assegnato lo scorso anno (predisposizione di un progetto che esplicitasse le modalità con cui la struttura intendeva garantire l'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili), si richiede la trasmissione entro il 30/11/2018 di adeguate evidenze documentali in ordine all'effettiva implementazione nel corso dell'anno 2018, di quanto previsto dai progetti stessi. Ai fini del monitoraggio ATS procederà all'effettuazione di controlli, anche tenendo in considerazione i reclami pervenuti all'URP	1

EEPA CHE EROGANO PRESTAZIONI DI SCREENING COLON E MAMMELLA

ASSEGNAZIONE 3% COMPLESSIVO per OBIETTIVI soggetti a valutazione esclusivamente con riferimento al 2° semestre 2018			
OBIETTIVO	INDICATORE	% Assegnata IOB	% Assegnata Gavazzeni
Progetto Ambulatori Aperti - Ogni struttura deve garantire una quota aggiuntiva di prestazioni SSR erogate in orari serali (17-22) e sabato/domenica. Le prestazioni devono essere rendicontate con il "flag J" che permette di identificarle.	Mantenimento / incremento dei volumi di prestazioni erogate e rendicontate con il "flag J" rispetto al secondo semestre 2017.	0.25	0.25
TEMPI D'ATTESA Rispetto per almeno il 95% dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in classe di priorità U,B,D	INDICATORE: saranno presi in esame i T.A. di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale con classe di priorità U B D e verificata l'aderenza ai tempi d'attesa richiesti dal prescrittore. La base dati sarà costituita dal flusso AMB 2° semestre 2018. - Risultato > = 95% delle prestazioni erogate entro soglia: obiettivo raggiunto; - risultato tra 85 e 94%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale di prestazioni erogate entro soglia; - risultato < 85%: obiettivo non raggiunto. La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità	0.25	0.25
Prosecuzione e completamento dell'attività di integrazione al SISS dei sistemi informativi. Non essendo ancora pervenuti gli obiettivi assegnati da R. L., ci si riserva la possibilità di modificare in itinere gli indicatori dandone opportuna e tempestiva comunicazione	1) Corretta gestione delle ricette dematerializzate con modalità WEB Application o modalità integrata tramite WEB Service. Almeno 80% di corretta presa in carico ricetta DEM ; 2) Servizio Informativo Integrato MOSA - corretta trasmissione del flusso finalizzata all'implementazione del "Servizio Informativo Integrato" e del "Sistema di prenotazione Differita"; NB: ad ogni indicatore viene dato un peso del 50% del valore assegnato	0.20	0.20
Trasmissione tempestiva del flusso obbligatorio AMB (28/SAN)	1) Errori gravi < 1% al consuntivo. La base dati sarà costituita dal flusso AMB (dati validati da R.L.); 2) Aumento della quantità di record compilati per il campo diagnosi relativamente alle visite (prime e successive). Risultato: >35%: obiettivo raggiunto • tra 10 e 35%: riconoscimento della quota percentuale raggiunta • < 10% obiettivo non raggiunto La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità NB: ad ogni indicatore viene dato un peso del 50% del valore assegnato	0.20	0.20
Implementazione dei referti di Anatomia Patologica delle strutture di ricovero del territorio per il Registro Tumori dell'ATS di Bergamo	Trasmissione entro l'anno solare successivo dei record relativi ai referti di Anatomia Patologica dei pazienti con diagnosi oncologica secondo un tracciato record concordato con il SEA dell'ATS di Bergamo	0.20	0.20
Compilazione del codice di patologia per i soggetti che hanno ricevuto prestazioni in ambito oncologico nei record trasmessi dall'ATS. Riferimento anno 2018	L'indicatore di raggiungimento dell'obiettivo sarà pari al 75% di compilazione dei record inviati dall'ATS sui singoli pazienti che hanno ricevuto nell'anno 2018, le prestazioni di cui all'allegato_1	0.20	0.20
Attivazione programmi di formazione /sensibilizzazione al corretto ed appropriato utilizzo degli Antibiotici, diffusione dei documenti (algoritmi) ai medici specialisti delle strutture in ottica soprattutto di visite / prescrizioni ambulatoriali e dimissioni da ricovero.	Indicatore: le strutture dovranno documentare entro il 30 settembre 2018 l'effettuazione di Riunioni di Dipartimento / Reparto per le seguenti Aree : Medicina, Chirurgia, Cardiologia, Ortopedia e Pediatria	0.20	0.20

TEMPI D'ATTESA Rispetto dei tempi d'attesa screening ca mammario e tumori del colon retto (Documento di valutazione delle Performance dei DIPS delle ATS lombarde)	<p>SCREENING CA MAMMARIO</p> <p>In caso di esito positivo va offerto un appuntamento per gli accertamenti di secondo livello entro ventotto giorni – del calendario solare – dall'esecuzione della mammografia di screening.</p> <p>SCREENING TUMORI DEL COLONRETTO</p> <p>In caso di esito positivo del test per la determinazione del sangue occulto fecale devono essere garantiti all'utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la visita gastroenterologica entro dieci giorni del calendario solare dal test RSO, - il primo accertamento di secondo livello entro trenta giorni del calendario solare dal test RSO. <p>Obiettivo TA è raggiunto se il dato di Struttura è superiore o uguale al dato provinciale, rilevato da ATS nello stesso periodo, con una tolleranza del 5%.</p> <p>In caso di scostamenti "in difetto" superiori al 5%, rispetto al dato osservato a livello provinciale, si considererà raggiunto l'obiettivo TA se i ritardi (tracciati su db di screening) sono dovuti ad esigenze degli utenti e non attribuibili all'erogatore.</p>	0.50	0.50
Screening mammografico	Accordi ed indicatori qualitativi sono stati trasmessi alle strutture interessate prima della stipula del contratto	0.20	0.20
Screening colon retto	Accordi ed indicatori qualitativi sono stati trasmessi alle strutture interessate prima della stipula del contratto	0.20	0.20
Garanzia del soddisfacimento di volumi extra di prestazioni di screening colon retto o mammografico a copertura della carenza presenti sul territorio	<p>La struttura dovrà garantire la presa in carico di una quota di pazienti extra bacino.</p> <p>Indicatore: % di pazienti presi in carico dalla struttura, inviati dal Centro Screening dell'ATS.</p> <p>Risultato:</p> <p>= o > 70% obiettivo raggiunto.</p> <p>La quota è comprensiva della valorizzazione delle relative prestazioni erogate.</p>	0,10	0,13
Implementazione della gestione diretta delle prenotazioni di prestazioni di controllo richieste dai propri specialisti	In continuità con l'obiettivo assegnato lo scorso anno (predisposizione di un progetto che esplicitasse le modalità con cui la struttura intendeva garantire l'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili), si richiede la trasmissione entro il 30/11/2018 di adeguate evidenze documentali in ordine all'effettiva implementazione nel corso dell'anno 2018, di quanto previsto dai progetti stessi. Ai fini del monitoraggio ATS procederà all'effettuazione di controlli, anche tenendo in considerazione i reclami pervenuti all'URP	0.50	0.47

S MEL

ASSEGNAZIONE 3% COMPLESSIVO per OBIETTIVI soggetti a valutazione esclusivamente con riferimento al 2° semestre 2018			
OBIETTIVO	INDICATORE	% Assegnata	% Proposta
Progetto Ambulatori Aperti - Ogni struttura deve garantire una quota aggiuntiva di prestazioni SSR erogate in orari serali (17-22) e sabato/ domenica. Le prestazioni devono essere rendicontate con il "flag J" che permette di identificarle.	Evidenza dell'erogazione del servizio nei giorni di sabato.	1	
Prosecuzione e completamento dell'attività di integrazione al SISS dei sistemi informativi. Non essendo ancora pervenuti gli obiettivi assegnati da R. L., ci si riserva la possibilità di modificare in itinere gli indicatori dandone opportuna e tempestiva comunicazione	Corretta gestione delle ricette dematerializzate con modalità WEB Application o modalità integrata tramite WEB Service. Almeno 80% di corretta presa in carico ricetta DEM.	1	
Trasmissione tempestiva del flusso obbligatorio AMB (28/SAN)	Errori gravi < 1% al consuntivo. La base dati sarà costituita dal flusso AMB (dati validati da R.L.). La percentuale di esito del calcolo sarà arrotondata per eccesso o difetto all'unità.	1	