

Allegato 2 - OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI ANNO 2016-2017

ANNO 2018

Obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	2017		
					Target	Valore a consuntivo al 31/10/2017	% raggiungimento al 31/10/2017
1. SCREENING ONCOLOGICI	Screening tumore cervice uterina	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 25-64 anni)		3	50%	17%	34%
	Screening tumore mammella	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 50-69 anni)		3	60%	13,4%	22%
	Screening tumore colon retto	n test eseguiti/ popolazione target (popolazione residente 50-69 anni)		3	50%	0,00%	0%
		Obiettivi di processo: 1. Istituzione delle UU.OO. di screening 2. Coinvolgimento e collaborazione MMG 3. Riduzione inviti inesitati				1. 100% entro 2016 2. 30% entro 2016 3. ≤ 3% (2016)	si
2. ESITI	2.1 tempestività intervento per frattura femore in pazienti over 65	Interventi Effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	SDO	5	≥ 90% (da valore soglia 60% pari a 0 applicando una funzione lineare)	54,9%	0,00%
	2.2 Riduzione parti cesarei primari	Parti cesarei di donne non pre-cesarizzate cesarei primari)/ totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	SDO	5	≤ 20% (miglioramento a partire da soglia minima 28% applicando una funzione lineare)	27,4%	7%
	2.3 Tempestività intervento in IMA STEMI	2.3.1.PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero* (vd note) con diagnosi certa di IMA STEMI/ numero totale di IMA STEMI ** diagnosticati	RAD	5	≥ 91% (miglioramento tra soglia minima 78% e valore target 91%)	89,3%	98,13%
		2.3.2 proporzione di IMA STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro 90' (differenza tra il tempo in cui è stato effettuato l'intervento e quello in cui è avvenuto il ricovero calcolato in					

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo al 31/10/2017	% raggiungimento al 31/10/2017
		minuti)					
	2.4 degenza post-operatoria in colecistectomia laparoscopica <3 giorni	N ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria < 3 giorni/n totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	SDO	5	≥97% (miglioramento tra soglia minima 70% e valore target 97%)	82,5%	85,05%
3. LISTE DI ATTESA	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (PNGLA 2010-2012)	Ex ante Σn prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe B/totale prestazioni prenotate in classe B Ex ante Σn prestazioni richieste (da 1 a 43)*%di garanzia in classe D/totale prestazioni prenotate in classe D	Dati CUP	7,5	Da 75 a 100	Classe B 81,49%	Classe B 75%
		Ex post n prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale prestazioni classe B Ex post n prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale prestazioni classe D per le seguenti otto prestazioni: visita oculistica, mammografia, TAC torace senza e con mdc, ecocolordoppler tronchi sovraortici, RNM colonna vertebrale, ecografia ostetrica -ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica (indicatore calcolato per ciascuna prestazione)	Flusso C, M e XML ex art. 50	7,5	Da 75 a 100	Classe B 100%	Classe B 100%
						Classe D 100%	Classe D 100%

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo al 31/10/2017	% raggiungimento al 31/10/2017
4. PUNTI NASCITA	4.1 Punti nascita: garantire i requisiti d contemplati dalla checklist. I dati andranno inseriti nella piattaforma qualitaseciliassr. Verifiche a campione sulla congruità dei dati inseriti	n requisiti garantiti/totale requisiti previsti dalla Checklist (accordo Stato-Regioni 16/12/2010 e DA 2536 del 2/12/2011)	Dati inseriti sulla piattaforma qualitasecilia ssr	5	SI/NO	SI	100%
	4.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali 4.2.1 PN senza UTIN	4.2.1.1: n nati con età gestazionale <34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata per più di 24 ore (1 giorno)	SDO e CEDAP		0	0	100%
		4.2.1.2 % neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita/totale neonati ricoverati	SDO	<8%	0%	100%	
	4.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali 4.2.2 PN con TIN (Terapia Intensiva Neonatale)	4.2.2.3 report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	Controlli NOC (controllo analitico su 15% delle cartelle cliniche dei neonati)		SI	SI	100%

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo al 31/10/2017	% raggiungimento al 31/10/2017
			dimessi da codice 73)				
		4.2.2.4 n neonati dimessi direttamente da TIN (cod. 73) (modalità di dimissione codice 2- dimissione ordinaria al domicilio del paziente-)/totale neonati ricoverati in TIN al netto dei deceduti (modalità di dimissione codice 1)	SDO		<7%	0,00%	100%
5. DONAZIONE ORGANI	Incrementare il numero delle donazioni di organi e tessuti	5.1 Organizzazione Ufficio di Coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti (peso 25%)		0,75	SI/NO	SI	100%
		5.2 n accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione registrati in Azienda (peso 40%)	SDO	1,20	100% del valore individuato in base ai dati rilevati dalle SDO e secondo la metodologia individuata nel Sistema obiettivi 2016-17)	0	100%
		5.3 n donatori procurai	SDO	0.60	100% se il numero dei donatori sarà pari o superiore al 100% del valore previsto	0	100%
		5.4 n cornee prelevate (non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrano nei parametri di idoneità alla donazione, per come definiti dal CRT (peso 10%)	SDO	0,30	100% se il numero delle cornee prelevate sarà pari o superiore al 100% del valore previsto	0	100%
		5.5 organizzazione evento formativo aziendale per operatori sanitari coinvolti					

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo al 31/10/2017	% raggiungimento al 31/10/2017
		nel processo di procurement di organi e tessuti (peso 5%)		0,15	SI/NO	SI	100%
6. PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	Prescrizioni dematerializzate	1) % medici dipendenti e SUMAISTI abilitati alla prescrizione dematerializzata 2) numero medio di prescrizioni mensili nei periodi considerati anno 2017, per medico, come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS	SOGEI – SISTEMI A TS	5	1) >30% 2017 2) 10 nel 2017	1) 23% 2) dato non disponibile	1) No 2)
7. UTILIZZO FONDI PSN	Monitoraggio stato attuazione Progetti obiettivo di PSN	1) puntuale trasmissione dei report trimestrali 2) rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30.04.2017)		6	1) 100% 2) 100%	2) 100% 2) 100%	2) 100% 2) 100%
8. PAC	Sviluppo percorso attuativo certificabilità (PAC)	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC Al 30/10/2017 Pieno conseguimento e implementazione presso l'ente degli obiettivi PAC relativi alle aree: - Crediti e ricavi - Debiti e costi - Disponibilità		1	SI/NO	SI	100%
9. P.A.A.	Piano Attuativo Aziendale (PAA)	Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal PAA P.A.A.		26	% di sviluppo delle azioni previste e relativi pesi, come indicato nel P.A.A.	Azioni in corso	80%