

TABELLA B - OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI ANNI 2016-2017 (Relazione Performance 2017)

ANNO 2017

Macro-obiettivo	Punteggio	Obiettivo	Indicatore di risultato	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
1. SCREENING ONCOLOGICI (Punteggio 9)	3	Screening tumore cervice uterina	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 25-64 anni)	50%	21,8%	44%	
	3	Screening tumore mammella	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 50-69 anni)	60%	15,40%	26%	
	3	Screening tumore colon retto	n test eseguiti/ popolazione target (popolazione residente 50-69 anni)	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% entro 2016	SI	100%	
2. ESITI (Punteggio 20)	5	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	≥ 90% (da valore soglia 60% pari a 0 applicando una funzione lineare)	51%		
	5	2.2 Riduzione parti cesarei primari	Parti cesarei di donne non pre-cesarizzate cesarei primari)/ totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	≤ 20% (miglioramento a partire da soglia minima 28% applicando una funzione lineare)	28%		
		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	≥ 91% (miglioramento tra soglia minima 78% e valore target 91%)	88%		

Macro - obiettivo	Peso	Obiettivo	Indicatore di risultato	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
	5	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	≥97% (miglioramento tra soglia minima 70% e valore target 97%)	82 %		
3. LISTE DI ATTESA (Punteggio 15)		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	Da 75 a 100	Classe B 79,47%	Classe B 75%	
			Ex ante Σn prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe D/totale prestazioni prenotate in classe D		Classe D 79,66%	Classe D 75%	
			Ex post n prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale prestazioni classe B	Da 75 a 100	Classe B 100%	Classe B 100%	
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)	Classe D 100%	Classe D 100%					

Macro - obiettivo	Peso	Obiettivo	Indicatore di risultato	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità									
4. PUNTI NASCITA (Punteggio 10)		4.1 Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	n requisiti garantiti/totale requisiti previsti dalla Checklist (accordo Stato-Regioni 16/12/2010 e DA 2536 del 2/12/2011)	SI/NO		100%	P.O. Basilotta									
		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)	0	0	100%										
			4.2.1.2 % neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita/totale neonati ricoverati	<8%	0%	100%	P.O. Basilotta									
		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 Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio <i>(Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali per verifica coerenza tra cartella clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento)</i>	SI	SI	100%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">P.O. Umberto I – Monitoraggio al 31/12/2017</th> </tr> <tr> <th>Numero totale cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</th> <th>Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</th> <th>Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>90</td> <td>30</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	P.O. Umberto I – Monitoraggio al 31/12/2017			Numero totale cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	90	30	0
			P.O. Umberto I – Monitoraggio al 31/12/2017													
Numero totale cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73														
90	30	0														
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 dimissione codice 1)	< 7% (2017) < 5% (2018)	0,00%	100%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">P.O. Umberto I – Monitoraggio al 31/12/2017</th> </tr> <tr> <th>N. neonati dimessi direttamente (modalità dimissione codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da Terapia Intensiva Neonatale</th> <th>Totale neonati ricoverati (accettati) nella TIN (codice 73) al netto dei deceduti (modalità dimissione: codice 1)</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>88</td> <td>0,00%</td> </tr> </tbody> </table>	P.O. Umberto I – Monitoraggio al 31/12/2017			N. neonati dimessi direttamente (modalità dimissione codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da Terapia Intensiva Neonatale	Totale neonati ricoverati (accettati) nella TIN (codice 73) al netto dei deceduti (modalità dimissione: codice 1)	%	0	88	0,00%			
P.O. Umberto I – Monitoraggio al 31/12/2017																
N. neonati dimessi direttamente (modalità dimissione codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da Terapia Intensiva Neonatale	Totale neonati ricoverati (accettati) nella TIN (codice 73) al netto dei deceduti (modalità dimissione: codice 1)	%														
0	88	0,00%														

Macro - obiettivo	Peso	Obiettivo	Indicatore di risultato	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
5. DONAZIONE ORGANI (Punteggio 3)		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	SI/NO	SI	100%	L'Azienda ha individuato il nuovo Coordinatore Aziendale Locale per il prelievo di organi e tessuti e il Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di <i>procurement</i> ; ed è stato elaborato il Piano Annuale delle azioni
			5.2 n accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione registrati in Azienda	n >50%			Nel 2017 non è stato eseguito nessun accertamento poiché non si sono registrati casi di pazienti neurolesi in morte cerebrale
			5.3 n donatori procurati	100% se il numero dei donatori sarà pari o superiore al 100% del valore previsto	1/2	100%	Nessun donatore procurato poiché non sono stati registrati casi di potenziali donatori idonei
			5.4 n cornee prelevate	100% se il numero delle cornee prelevate sarà pari o superiore al 100% del valore previsto	1/10	100%	Nessun donatore procurato poiché non sono stati registrati casi di potenziali donatori idonei
			5.5 organizzazione evento formativo aziendale	SI/NO	SI	100%	Effettuati n. 2 eventi formativi aziendali sulla donazione di organi e tessuti, accreditati ECM
6. PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE (Punteggio 5)		Prescrizioni dematerializzate	1) % medici dipendenti e SUMAISTI abilitati alla prescrizione dematerializzata 2) numero medio di prescrizioni mensili nel periodo maggio-dicembre 2016	1) >30% 2) >10	1) 23% 2) non misurabile	1) NO 2) //	L'obiettivo 6.2 non può essere misurato in quanto diversi medici prescrivono meno di 10 ricette/mese
7. UTILIZZO FONDI PSN (Punteggio 6)		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)	1) 100% 2) 100%	1) SI 2) I progetti sono stati chiusi entro il 30/04/2017	2) 100% 2) 100%	Effettuate le trasmissioni sullo stato di utilizzo dei fondi (al 31/15, al 31/10, al 31/12)

Macro - obiettivo	Peso	Obiettivo	Indicatore di risultato	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
8. PAC (PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA') (Punteggio 6)		Dare evidenza del percorso di certificabilità dei bilanci	Al 30/10/2017 (Punti 1) Pieno conseguimento e implementazione degli obiettivi PAC relativi alle aree: Crediti e Ricavi, Debiti e Costi, Disponibilità	SI	SI	100%	Tutte le procedure sono pubblicate sul sito intranet aziendale e lo stato di attuazione del PAC è pubblicato anche sul sito istituzionale
9. P.A.A. (Punteggio 1+25)	1) 1 2) 25	Piano Attuativo Aziendale	1)Redazione e approvazione del P.A.A. (peso 1) 2)Realizzazione delle azioni previste dal P.A.A. (perso 25)	% di sviluppo delle azioni previste e relativi pesi, come indicato nel P.A.A.	1)SI 2)Vedi Allegato Tabella C	1)100% 2)Vedi Allegato Tabella C	1)L'Aggiornamento del P.A.A. è stato trasmesso all'Assessorato, secondo le aree di intervento già identificate nel 2016