



**OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO
delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE
2016-2017**

Schede obiettivo

Aprile 2016

IL SISTEMA di VALUTAZIONE degli OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO dei SERVIZI per il PERIODO 2016 - 17

Gli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi, quali di seguito descritti, sono assegnati per gli anni 2016 e 2017.

L'attribuzione per il predetto biennio è coerente ai periodi di vigenza dei contratti in essere dei Direttori Generali, che pur avendo scadenze differenziate ricomprendono comunque l'anno 2016 e buona parte dell'anno 2017, anno di cessazione di alcuni incarichi, mentre altri hanno termine nel 2018.

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, correlati al sistema di incentivazione e contenuti nel presente documento, possono essere integrati, come previsto nel contratto del Direttore Generale, con obiettivi specifici. Per gli anni 2016 e 2017 l'Assessore ha assegnato a tutte le Aziende l'obiettivo di *Riorganizzazione dei Pronto Soccorso cui si dovrà mettere in correlazione la messa in funzione di CUP unici provinciali avendo conseguentemente un sistema di accettazione unico a livello di Presidio ospedaliero e di Azienda Ospedaliera*. Il mancato conseguimento di quanto previsto nel Progetto preclude l'attribuzione della indennità di risultato. Il progetto nella sua forma definitiva verrà definito attraverso due incontri della Conferenza dei Direttori Generali che si terranno nei mesi di aprile – maggio 2016 e formalizzato in occasione dei primi incontri di monitoraggio obiettivi all'inizio di Giugno 2016.

In merito agli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, oggetto del sistema di incentivazione, sono definiti per il 2016 -2017 i seguenti 9 macro-obiettivi:

1. Screening
2. Esiti
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
5. Donazione organi
6. Prescrizione in modalità de materializzata
7. Utilizzo dei fondi di PSN
8. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)
9. Piani Attuativi Aziendali (P.A.A.)

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi è fissata al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza dell'incarico ai sensi dell'art.20, comma 6, della L.r. n.5/09.

Si ricorda inoltre che la quota integrativa del trattamento economico è corrisposta proporzionalmente ai risultati raggiunti (es. un raggiungimento degli obiettivi al 70% comporterà la corresponsione della quota integrativa nella misura del 70% della stessa).

Qualora il raggiungimento di un obiettivo dovesse essere impedito da cause non imputabili alla responsabilità del Direttore Generale, a fronte della presentazione della documentazione atta a certificare tale evenienza e in seguito alle opportune verifiche, l'obiettivo verrà rivisto dall'Assessorato e, se del caso, rimodulato.

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi verranno monitorati con la seguente cadenza:

- al 31 maggio 2016, con incontri dal 8 al 15 giugno 2016
- al 31 agosto 2016, con incontri dal 28 settembre al 5 ottobre 2016
- sensitivity 2016 con incontri dal 14 al 21 di dicembre 2016
- al 31 marzo 2017, con incontri nel mese di aprile 2017
- al 31 maggio 2017, con incontri nel mese di giugno 2017
- al 31 agosto 2016, con incontri a fine settembre 2017
- sensitivity 2017 nella seconda metà di dicembre 2017

Il monitoraggio degli obiettivi contrattuali di salute e funzionamento dei servizi verrà articolato a cadenza trimestrale, mediante incontri con le Aziende, che produrranno preventivamente specifici report di avanzamento.

Come avvenuto per gli anni precedenti, le verifiche saranno svolte da Agenas e dai Responsabili degli Uffici dell'Assessorato, referenti per i singoli obiettivi, attraverso incontri dedicati con le Direzioni Strategiche Aziendali; in previsione di tali incontri tali gli Uffici Assessoriali faranno pervenire ad Agenas un report in merito a eventuali criticità nel raggiungimento degli obiettivi di competenza da parte delle aziende.

Il presente documento contiene una descrizione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e dei sub-obiettivi che li compongono. Inoltre sono esplicitate per ciascun obiettivo, e sub-obiettivo, le modalità di valutazione/misurazione (criteri e indicatori), il valore atteso e il relativo punteggio.

OBIETTIVO 1: <i>Screening</i>	
Referente obiettivo: <i>Dott.ssa Dardanoni - Staff 2 DASOE</i>	
DESCRIZIONE	<p>Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.</p> <p>Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).</p> <p>I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colonretto, 60% per il tumore della mammella.</p> <p>Per calcolare la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle ASP sarà utilizzato l'indicatore della griglia LEA «n. di test eseguiti/popolazione target», che tiene conto sia dell'estensione che dell'adesione.</p> <p>Nel caso delle AO sarà utilizzato l'adempimento alle prescrizioni della Circolare n. 5 del 16.3.2016.</p>
PESO ASP e AO	9 (3 per ogni screening) per le ASP, 3 per le AO
NOTA	Per il calcolo della popolazione target si fa riferimento al dato ISTAT, diviso 3 per il tumore della cervice uterina, e diviso 2 per il tumore della mammella e del colon retto

OBIETTIVO 1: Screening oncologici

Referente obiettivo: Staff 2 DASOE (Dott.ssa Gabriella Dardanoni)

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening e del sistema di sorveglianza PASSI mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore in Sicilia rispetto alla media del Paese. Nel 2010 il CCM ha approvato il "Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Sicilia" presentato dalla Regione nel 2009, consentendo così alla Regione Siciliana di implementare lo sviluppo degli screening a valere sui finanziamenti dedicati.

Grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento rispetto alla situazione di partenza, ma non sono stati ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti, pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione reale dei programmi di screening e l'adesione della popolazione bersaglio.

Con la **Circolare Assessoriale n. 5 del 16.3.2016**, pubblicata sulla GURS n. 14 dell'1.4.2016, sono state sottolineate le azioni necessarie ad ottenere il potenziamento degli screening oncologici, in accordo al nuovo Piano Regionale della Prevenzione di cui al D.A. n. 351 dell'8.3.2016.

INDICATORI	<p>ASP</p> <p>L'indicatore di risultato, per ciascuno dei 3 screening, è il numero di persone che hanno effettivamente eseguito il test in rapporto alla popolazione target annuale (tutti quelli che avrebbero dovuto eseguirlo), cioè n. test/popolazione target annuale (indicatore LEA).</p> <p>La popolazione target annuale è:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per lo screening del cervicocarcinoma, donne residenti 25-64 anni (dato ISTAT) / 3 (il test va fatto ogni 3 anni); - per lo screening del tumore della mammella, donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2 anni); - per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2 anni). <p>Dalla popolazione target possono essere sottratte le persone con motivi, certificati dal MMG, di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per lo screening del cervicocarcinoma, donne isterectomizzate o con diagnosi di cervicocarcinoma da meno di 5 anni; - per lo screening del tumore della mammella, donne con mastectomia totale o con diagnosi di tumore della mammella da meno di 5 anni; - per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne con malattia infiammatoria del colon (M. di Chron e rettocolite ulcerosa), con colectomia totale o con diagnosi di tumore del colonretto da meno di 5
-------------------	---

	<p>anni.</p> <p>Oltre all'obiettivo di risultato vanno raggiunti anche gli obiettivi di processo contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP (100% entro il 2016) - Coinvolgimento e collaborazione MMG (30% entro il 2016) - Riduzione inviti inesitati (<=3% entro il 2016) - Presenza di accordi fra ASP e AO per gestione CUP (60% entro il 2016) <p>AO</p> <p>Gli indicatori esprimono la collaborazione con le ASP per il raggiungimento del risultato e sono riportati nella Circolare n. 5/2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP - Prestazioni richieste dalla ASP ed effettivamente rese disponibili dall'AO - Registrazione dei dati sui casi inviati all'AO dalla ASP per il 2° o 3° livello
<p>VALORI OBIETTIVO</p>	<p>ASP</p> <p>Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il 100% di estensione su tutti e 3 gli screening, con il 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e il 60% per il tumore della mammella; ne consegue che i relativi indicatori LEA (che si ottengono moltiplicando adesione per estensione) sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e 60% per il tumore della mammella.</p> <p>AO</p> <p>Primo indicatore SI, secondo e terzo indicatore 100%</p>
<p>SCALA</p>	<p>ASP</p> <p>Per ogni screening: Indicatore LEA <5% = 0 5-9% = 1 10-14% = 2 15-19% = 3 20-24% = 4 25-29% = 5 30-34% = 6 35-39% = 7 40-44% = 8 45-49% = 9 50+% = 10</p>

	<p>Il massimo punteggio ottenibile è quindi 30, e in rapporto alla percentuale di 30 raggiunta saranno assegnati in proporzione i 9 punti. Le AO otterranno la stessa proporzione di punteggio ottenuta dalle ASP territoriali corrispondenti.</p> <p>Qualora gli obiettivi di processo non siano stati raggiunti, il punteggio ottenuto tramite indicatore LEA sarà proporzionalmente ridotto.</p> <p>AO</p> <p>Primo indicatore: 1 Si, 0 NO</p> <p>Secondo e terzo indicatore: 1 punto ciascuno, in proporzione alla percentuale di raggiungimento</p>
TRACKING	<p>ASP</p> <p>Monitoraggio con periodicità quadrimestrale attraverso l'invio da parte delle ASP dei files nominativi individuali, contenenti dati anagrafici, data di invito al test ed esecuzione del test, prodotti dai programmi gestionali degli screening.</p> <p>AO</p> <p>Relazione di AO e corrispondente ASP sull'utilizzo del programma gestionale da parte dell'AO, sul numero di prestazioni richieste e rese disponibili, sulla completezza dei dati registrati per i casi inviati al 2° e 3° livello.</p>
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	9 (3 per ogni screening) per le ASP, 3 per le AO

OBIETTIVO 2: ESITI	
DESCRIZIONE	<p>La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione per gli anni: 2011, 2012, 2013 e 2014 di obiettivi operativi misurabili tramite tre indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE).</p> <p>Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il 2015 di continuare ad impiegare i tre indicatori utilizzati in precedenza aggiungendo un nuovo indicatore di attenzione:</p> <p>2.1 Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;</p> <p>2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;</p> <p>2.3.1 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;</p> <p>2.3.2 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI calcolato integrando il flusso RAD-ESITO al flusso SDO: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro 90 minuti (differenza tra il tempo in cui è stato effettuando l'intervento e quello in cui è avvenuto il ricovero calcolato in minuti);</p> <p>2.4 Colectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.</p>
PESO ASP e AO	20

SUB-OBIETTIVI E INDICATORI

SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	
Referente obiettivo: DASOE - Servizio 7 (dr. Salvatore Scondotto)	
<p>Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.</p> <p>Poiché le SDO, ad oggi, non riportano l'ora del ricovero, quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento (entro un intervallo ricovero/intervento di 0-2 giorni* - cfr Note).</p>	
INDICATORE	<p>Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65** (compresi quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico).</p> <p>(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</p>
VALORE OBIETTIVO	90%
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura.</p> <p>Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p>Il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato alla effettiva applicazione da parte di tutte le strutture erogatrici pubbliche e private del documento regionale "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore D.A. 2525 - 2015 19 novembre 2015 GURS 18 dicembre 2015 ***</p>
TRACKING	<p>Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.</p>
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	5/20

NOTE	<p>*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono che l'intervento per frattura del collo del femore avvenga entro 48h dall'arrivo in presidio. Per l'anno 2016 tuttavia si continua a fare ricorso all'indicatore proxy <i>intervallo 0-2 giorni</i> in quanto il flusso informativo SDO non contiene l'informazione sul tempo espresso in minuti.</p> <p>** Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute). Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)</p> <p>***Produzione di un Report sintetico sugli standard regionali ed indicatori previsti dalla tabella del capitolo "<i>Indicazione per le aziende sanitarie, pagg 32-33.</i>" Il report dovrà essere indicativo dell'effettiva applicazione di quanto previsto dal D.A. 2525 - 2015 19 novembre 2015 GURS 18 dicembre 2015 e dovrà essere rendicontato sulla piattaforma informatica <i>qualitasiciliassr.it</i> secondo le tempistiche e le modalità richieste dall'assessorato.</p>
-------------	--

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.1

INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE NELL'ANZIANO EFFETTUATO ENTRO UN INTERVALLO DI 0-2 GIORNI

- Definizione

Per struttura di ricovero o area di residenza: *proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro un intervallo temporale di 0-2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.*

- Fonti informative

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- Intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2016 – 31 dicembre 2016;
- Intervallo di tempo libero da intervento ("t"), definito a partire dalla data di primo accesso in ospedale del paziente, corrispondente alla data di ricovero per frattura del collo del femore. Il limite massimo dell'intervallo è fissato a 30 giorni.
- Intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di primo accesso.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2016 ed il 31 dicembre 2016.

Criteria di esclusione

- ricoveri preceduti da un ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti;
- ricoveri di pazienti di età inferiore a 65 anni e superiore a 100;
- ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- ricoveri per trasferimento da altra struttura;
- ricoveri di politraumatizzati: DRG 484-487;
- ricoveri di pazienti ammessi direttamente in reparto di rianimazione o terapia intensiva;
- ricoveri di pazienti deceduti entro le 48 ore senza intervento (differenza tra data di morte e data di ingresso in ospedale uguale a 0-1 giorno)*
- ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9, V10) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti.

* si assume che la compromissione clinico-funzionale di questi pazienti sia tale da rendere incompatibile un eventuale intervento chirurgico

Interventi in studio

Sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55).

Definizione di esito

L'esito in studio è l'intervento chirurgico entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni) a seguito di frattura del collo del femore. L'esito viene attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero indice.

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche"

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere, l'età ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nel ricovero in esame (ricovero indice) e in tutti i precedenti ricoveri.

Fattore di rischio	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Diabete		250.1-250.9
Deficienze nutrizionali	260-263, 783.2, 799.4	260-263, 783.2, 799.4
Obesità	278.0	278.0
Malattie ematologiche	280-285, 288, 289	280-285, 288, 289
Demenza compreso Alzheimer	290.0-290.4, 294.1, 331.0	290.0-290.4, 294.1, 331.0
Parkinson	332	332
Emiplegia e altre paralisi	342, 344	342, 344
Ipertensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412

Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414
Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444) , 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Artrite reumatoide	714	714

SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun progresso cesareo)	
Referente obiettivo: DASOE - Servizio 7 (dr. Salvatore Scondotto)	
La Regione Siciliana è riuscita nell'ultimo quinquennio a ridurre significativamente il ricorso alla procedura di Taglio cesareo al fine di rendere sempre più appropriata e allineata a parametri e evidenze nazionali e internazionali la pratica clinica di assistenza riferita al momento del parto.	
INDICATORE	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun progresso cesareo** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	≤ 20%
SCALA	IL raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale dell'anno precedente (28%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di <i>auditing</i> da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	5/20
NOTE	**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute). Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.2

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

- *Definizione*

Per struttura di ricovero: numero di tagli cesarei primari per 100 parti.

- *Numeratore*

Numero di parti cesarei primari.

- *Denominatore*

Numero totale di parti con nessun pregresso cesareo.

L'indicatore è costruito sui parti cesarei primari, definiti come cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo; la proporzione di parti con taglio cesareo primario è calcolata con la seguente formula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ parti cesarei primari}}{N^{\circ} \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$$

- *Fonti informative*

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2016 e il 31 dicembre 2016;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutte le dimissioni delle donne che hanno partorito in un ospedale della regione tra il 1 gennaio 2016 e il 31 dicembre 2016 (DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx o 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99).

Criteri di esclusione

- tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi 654.2 nel ricovero per parto, codici di diagnosi 654.2 e di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti];
- tutte le dimissioni di donne non residenti nella regione;
- tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni;

- tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice: nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)].

Definizione dell'esito

L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9-CM di diagnosi 669.7, o codici di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.

Identificazione di potenziali fattori di rischio per il cesareo

Tra i potenziali fattori di rischio per il cesareo, utilizzabili ai fini del *riskadjustment*, diverse variabili relative alla madre e, in alcuni casi, al feto, possono essere estratte dalla SDO materna.

Tra i potenziali fattori di rischio sono presi in considerazione:

- caratteristiche sociodemografiche: età materna [classi di età: ≤17, 18-24, 25-28, 29-33 (riferimento), 34-38, ≥39], cittadinanza della madre [variabile da SDO].

Comorbidità della madre*/fattori relativi al feto derivabili dalla SDO materna

Vengono recuperate le informazioni delle diagnosi nel ricovero per parto e in tutti i precedenti ricoveri effettuati nei due anni precedenti.

I codici ICD-9CM sono ricercati in diagnosi principale e in qualsiasi campo di diagnosi secondaria.

Fattore di rischio	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero per parto	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0-208.9, V10	140.0-208.9, V10
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1), 648.2	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Malattie cardiache	390-398, 410-429	390-398, 410-429
Malattie cardiovascolari in gravidanza	648.5, 648.6	
Anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio	745-747	745-747
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	580-589	580-589
Malattia renale non specificata in gravidanza, senza menzione di ipertensione	646.2	
Malattie del collagene	710	710
HIV	042, 079.53, V08	042, 079.53, V08

Malattie della tiroide	240-246, 648.1	240-246
Diabete	250.0-250.9, 648.0	250.0-250.9
Ipertensione arteriosa	401-405, 642.0-642.3, 642.9	401-405
Eclampsia/pre-eclampsia	642.4-642.7	
BPCO		491-492, 494, 496
Asma	493	493
Fibrosi cistica	277.0	277.0
Miscellanea malattie polmonari acute	480-487, 510-514	
Miscellanea pneumopatie croniche	500-508, 515-517	500- 508, 515-517
Tubercolosi	010-018, 647.3	010-018
Herpes genitale	054.1	
Altre malattie veneree	077.98, 078.88, 079.88, 079.98, 090-099, 647.0- 647.2	
Perdita ematica antepartum /abruptio placentae/placenta previa	641	
Disordini del fegato in gravidanza	646.7	
Patologia liquido amniotico/infezione cavità amniotica	657, 658.0, 658.4	
Rottura prematura delle membrane	658.1	
Prolasso del cordone ombelicale	663.0	
Posizione e presentazione anomale del feto	652	
Sproporzione /eccessivo sviluppo del feto	653, 656.60, 656.61, 656.63	
Anomalie fetali	655	
Ritardo di crescita intrauterina	656.5, 764	
Distress fetale	656.3, 768	
Gravidanza multipla	651, V27.2 -V27.9, V31-V37, 761.5	
Isoimmunizzazione Rh	656.1	
Malattie della madre con ripercussioni sul feto o neonato	760.0, 760.1, 760.3	
Abuso di sostanze	303-305; 648.3 (escluso 648.32 e 648.34)	
Gravidanza a rischio	640, 644.0, V23.0, V23.2, V23.4, V23.5, V23.7, V23.8	
Fecondazione assistita	V26	

* Tra i fattori di rischio per il cesareo non viene presa in considerazione la distocia a causa della scarsa riproducibilità della definizione di questo fattore e perché questa diagnosi può riflettere giustificazioni successive dell'uso del cesareo.

SUB-OBIETTIVO 2.3.1 : Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 7 (dr. Salvatore Scondotto)

La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio.

Quale indicatore è stato individuato, in coerenza con i programmi nazionali di monitoraggio, la percentuale di P.T.C.A. effettuate nel giorno successivo a quello del ricovero (data di ricovero) con diagnosi certa di I.M.A. STEMI (quindi entro un intervallo massimo ricovero/intervento di 0-1 giorno).

INDICATORE	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno* (cfr. note) dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI** diagnosticati*** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	91%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente alla media dell'anno precedente (78%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	2/3 di 5/20
NOTE	*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono l'esecuzione della procedura PTCA sui casi di IMA-STEMI entro 90 minuti. Tuttavia poiché il flusso informativo SDO non contiene informazioni sul tempo espresso in minuti, si continua a fare ricorso all'indicatore proxy <i>intervallo 0-1 giorno</i> . Tuttavia, quale ulteriore sub-obiettivo (cfr sub obiettivo 2.3.2) è stato

	<p>introdotto l'indicatore "Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST**) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti", nel quale si terrà conto dell'uso del flusso Rapporto Accettazione Dimissione (RAD) ESITO</p> <p>***Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).</p> <p>Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)</p>
--	---

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.3.1

PROPORZIONE DI STEMI (INFARTO MIOCARDICO CON SOPRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST) TRATTATI CON ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ENTRO UN INTERVALLO TEMPORALE DI 0-1 GIORNO

- Definizione

Per struttura di ricovero o ASP di residenza: proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno.

Si definisce episodio di STEMI un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) in cui in nessun ricovero dell'episodio sia presente una diagnosi 410.7x (infarto subendocardico) o 410.9x (infarto a sede non specificata).

L'episodio di STEMI è costituito da tutti i ricoveri ospedalieri avvenuti entro 4 settimane dalla data di primo ricovero per STEMI (ricovero indice).

- Numeratore

Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA e in cui la differenza tra data della procedura e data di primo accesso risulta compresa tra 0 e 1 giorno.

- Denominatore

Numero di episodi di STEMI.

- Fonti informative

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2016 – 31 dicembre 2016;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di primo accesso.

Selezione della coorte

Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2016 ed il 31 dicembre 2016, e con diagnosi principale di IMA (ICD-9-CM 410.xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in secondaria. Le diagnosi principali compatibili con la diagnosi di infarto, comprese complicanze legate a procedura, sono elencate nella tabella seguente:

Codice ICD-9-CM	Condizione
411	Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica
413	Angina pectoris
414	Altre forme di cardiopatia ischemica cronica
423.0	Emopericardio
426	Disturbi della conduzione
427, escluso 427.5	Aritmie cardiache
428	Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)
429.5	Rottura di corda tendinea
429.6	Rottura di muscolo papillare
429.71	Difetto settale acquisito
429.79	Altri postumi di IMA non classificati altrove (Trombo murale acquisito)
429.81	Altre alterazioni del muscolo papillare
518.4	Edema polmonare acuto, non specificato
518.81	Insufficienza respiratoria acuta
780.01	Coma
780.2	Sincope e collasso
785.51	Shock cardiogeno
799.1	Collasso respiratorio
997.02	Infarto o emorragia cerebrovascolare iatrogena (stroke postoperatorio)
998.2	Perforazione accidentale da catetere

Criteria consecutivi di esclusione

- 1) ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- 2) ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;
- 3) ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore e dimissione a domicilio o contro il parere del medico;
- 4) ricoveri preceduti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi di IMA;
- 5) ricoveri per trasferimento da altra struttura
- 6) episodi di IMA in cui compaia una diagnosi 410.7x o 410.9x in almeno un ricovero dell'episodio.

Definizione ed attribuzione dell'esito

L'esito è l'esecuzione della PTCA entro 48 ore dalla data di ammissione del ricovero indice (codici ICD-9-CM in qualsiasi campo di procedura: 00.66, 36.01, 36.02, 36.05, 36.06, 36.07). L'esito viene attribuito alla prima struttura a cui ha avuto accesso il paziente con IMA (struttura in cui è avvenuto il ricovero indice).

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche" e di condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nell'episodio di STEMI - e in tutti i precedenti ricoveri.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nell'episodio di IMA	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0-208.9, V10	140.0-208.9, V10
Diabete		250.0-250.9
Disturbi metabolismo lipidico		272
Obesità	278.0	278.0
Malattie ematologiche	280-285, 288, 289	280-285, 288, 289
Ipertensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414
Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3 V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444) , 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Pregresso bypass aortocoronarico	V45.81	V45.81, 36.1

Pregressa angioplastica coronarica	V45.82	V45.82, 00.66, 36.0
Rivascolarizzazione cerebrovascolare		00.61, 00.62, 38.01, 38.02, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32
Altro intervento sul cuore		35, 37.0, 37.1, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.9
Altro intervento sui vasi		38-39.5, esclusi: 38.01, 38.02, 38.5, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32, 38.93

SUB-OBIETTIVO 2.3.2 : Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronaricapercutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	
Referente obiettivo: DASOE - Servizio 7 (dr. Salvatore Scodotto)	
<p>La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio.</p> <p>Utilizzando esclusivamente le informazioni riportate nelle SDO non è possibile definire con precisione l'intervallo di tempo intercorso tra l'ingresso del paziente in ospedale e l'esecuzione della procedura; la migliore approssimazione è considerare l'intervallo di 0-1 giorno. Tuttavia, utilizzando le informazioni presenti nel flusso RAD-Esito è possibile calcolare l'esito a partire dall'ora di ricovero del paziente, fino all'ora di esecuzione della PTCA; in questo caso è possibile considerare un intervallo compreso tra 0 e 90 minuti.</p>	
INDICATORE	<i>Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti**.</i> (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	91%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente alla media dell'anno precedente (60%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	1/3 di 5/20

NOTE	<p>L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono l'esecuzione della procedura PTCA sui casi di IMA-STEMI entro 90 minuti. Poichè il flusso informativo SDO non contiene informazioni sul tempo espresso in minuti, a riguardo si farà riferimento al flusso RAD-ESITO.</p> <p>Nel caso in cui la copertura "valida" del RAD ESITO risulti inferiore all'85% l'indicatore non potrà essere valorizzato e l'obiettivo si riterrà non raggiunto.</p> <p>Per copertura "valida" si intende la proporzione di schede RAD-Esito correttamente inviate, ovvero quelle che trovano effettiva corrispondenza in una SDO (attraverso record linkage deterministico, con chiave di linkage: <i>numero scheda + codice struttura+codice sub-struttura</i>) e che sono in grado di fornire correttamente le informazioni sul tempo di ricovero e di intervento, espresse in ore e minuti.</p> <p>Poichè la stima di questo indicatore è strettamente correlata alla disponibilità del flusso RAD ESITO, qualora tale flusso non fosse restituito, da parte dell'Assessorato (Area flussi informativi) nel tempo utile, tale indicatore non potrà essere valorizzato e l'intero punteggio (6/24) verrà attribuito all' indicatore del sub-obiettivo 2.3 1.</p> <p>**Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).</p> <p>Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)</p>
-------------	--

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.3.2

PROPORZIONE DI STEMI (INFARTI MIOCARDICI CON SOPRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST) TRATTATI CON ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ENTRO 90 MINUTI (STRUTTURA DI RICOVERO)

- Definizione

Per struttura di ricovero o area di residenza: *proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti.*

In questo contesto l'intervallo di 90 minuti è definito a partire dalla data ed ora di ricovero della struttura di ricovero del paziente in ospedale per un episodio di STEMI (differenza tra ora della procedura ed ora di ricovero della struttura di ricovero \leq 90 minuti). Si definisce episodio di STEMI un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) in cui in nessun ricovero appartenente all'episodio sia presente una diagnosi 410.7x (infarto subendocardico) o 410.9x (infarto a sede non specificata). L'episodio di IMA è costituito da tutti i ricoveri ospedalieri avvenuti entro 4 settimane dalla data di

primo accesso in ospedale. La data di primo accesso corrisponde alla data del primo ricovero per IMA (ricovero indice).

Numeratore

Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti (differenza tra ora della procedura ed ora di ricovero della struttura di ricovero ≤ 90 minuti).ù

- Denominatore

Numero di episodi di STEMI.

- Fonti informative

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e Rapporto accettazione Dimissione (RAD) - ESITO

- Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2016 – 31 dicembre 2016;

intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data del ricovero indice.

Selezione della coorte

Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2016 ed il 31 dicembre 2016, e con diagnosi principale di IMA (ICD-9-CM 410.xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in secondaria.

Le diagnosi principali compatibili con la diagnosi di infarto, comprese complicanze legate a procedura, sono elencate nella tabella seguente:

Codice ICD-9-CM	Condizione
411	Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica
413	Angina pectoris
414	Altre forme di cardiopatia ischemica cronica
423.0	Emopericardio
426	Disturbi della conduzione
427, escluso 427.5	Aritmie cardiache
428	Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)
429.5	Rottura di corda tendinea
429.6	Rottura di muscolo papillare
429.71	Difetto settale acquisito
429.79	Altri postumi di IMA non classificati altrove (Trombo murale acquisito)
429.81	Altre alterazioni del muscolo papillare
518.4	Edema polmonare acuto, non specificato
518.81	Insufficienza respiratoria acuta
780.01	Coma
780.2	Sincope e collasso
785.51	Shock cardiogeno
799.1	Collasso respiratorio

997.02	Infarto o emorragia cerebrovascolare iatrogena (stroke postoperatorio)
998.2	Perforazione accidentale da catetere

Criteria consecutivi di esclusione

- 1) ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- 2) ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;
- 3) ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore e dimissione a domicilio o contro il parere del medico;
- 4) ricoveri preceduti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi di IMA;
- 5) ricoveri per trasferimento da altra struttura
- 6) episodi di IMA in cui compaia una diagnosi 410.7x o 410.9x in almeno un ricovero dell'episodio.

Linkage SDO - RAD-ESITO

Una procedura di record linkage deterministico è impiegata per integrare il flusso SDO con il flusso RAD ESITO, allo scopo di usufruire delle informazioni sulle date (data di ricovero e data di intervento) espresse in ore e minuti.

Definizione ed attribuzione dell'esito

L'esito è l'esecuzione della PTCA entro 90 minuti dalla data di ammissione del ricovero indice (differenza tra ora della procedura ed ora di ricovero della struttura di ricovero \leq 90 minuti; codici ICD-9-CM in qualsiasi campo di procedura: 00.66, 36.01, 36.02, 36.05, 36.06, 36.07). L'esito viene attribuito alla prima struttura a cui ha avuto accesso il paziente con IMA STEMI

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche" e di condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età ed una serie di comorbilità (vedi elenco) ricercate nell'episodio di STEMI - e in tutti i precedenti ricoveri.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nell'episodio di IMA	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0–208.9, V10	140.0–208.9, V10
Diabete		250.0-250.9
Disturbi metabolismo lipidico		272
Obesità	278.0	278.0
Malattie ematologiche	280-285, 288, 289	280-285, 288, 289
Ipertensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414
Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3 V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444) , 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Pregresso bypass aortocoronarico	V45.81	V45.81, 36.1
Pregressa angioplastica coronarica	V45.82	V45.82, 00.66, 36.0
Rivascolarizzazione cerebrovascolare		00.61, 00.62, 38.01, 38.02, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32
Altro intervento sul cuore		35, 37.0, 37.1, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.9
Altro intervento sui vasi		38-39.5, esclusi: 38.01, 38.02, 38.5, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32, 38.93

SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 7 (dr. Salvatore Scondotto)

La colelitiasi è una condizione molto diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'infezione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite. La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto.

INDICATORE	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	97%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 70%. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	5/20
NOTE	**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute). Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.4

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE 3 GIORNI

PROTOCOLLO OPERATIVO

- Definizione

Per struttura di ricovero o ASP di residenza: *proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.*

- Numeratore

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni.

- Denominatore

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.

- Fonti informative

Le fonti dei dati sono le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2016 – 31 dicembre 2016;
- degenza post-operatoria, definita come differenza tra la data di dimissione e la data dell'intervento di colecistectomia laparoscopica;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di ricovero.

Selezione della coorte

Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario e Day Hospital, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2016 ed il 31 dicembre 2016, con il codice ICD-9-CM di intervento 51.23 in qualunque posizione e con diagnosi principale o secondaria di litiasi della colecisti e del dotto biliare (codici ICD-9-CM 574 in diagnosi principale o 575 in diagnosi principale E 574 in diagnosi secondaria).

Criteria di esclusione

- ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- ricoveri di persone di età inferiore ai 18 anni e superiore a 100;
- ricoveri con diagnosi di trauma (codici ICD-9-CM 800-897);
- ricoveri con DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384 (gravidanza, puerperio, parto);
- ricoveri con diagnosi di tumore maligno dell'apparato digerente e del peritoneo (ICD-9-CM 150-159);
- ricoveri in cui il paziente viene dimesso deceduto;
- ricoveri in cui il paziente viene trasferito ad altro ospedale;

- ricoveri con i seguenti interventi addominali:

Codice ICD-9-CMprocedura	Descrizione
<u>Interventi sullo stomaco</u>	
43.5	Gastrectomia parziale con anastomosi esofagea
43.6	Gastrectomia parziale con anastomosi duodenale
43.7	Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale
43.8	Altra gastrectomia parziale
43.9	Gastrectomia totale
44.31	Bypass gastrico alto
44.39	Altra gastroenterostomia senza gastrectomia
44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI
44.41	Sutura di ulcera gastrica
44.42	Sutura di ulcera duodenale
44.5	Revisione di anastomosi gastrica
44.61	Sutura di lacerazione dello stomaco
44.63	Chiusura di altra fistola gastrica
44.64	Gastropessi
44.65	Esofagogastroplastica
44.69	Altra riparazione dello stomaco
<u>Interventi su duodeno e intestino tenue</u>	
45.31	Asportazione locale di lesione del duodeno
45.32	Altra asportazione di lesione del duodeno
45.33	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino tenue eccetto il duodeno
45.34	Altra demolizione di lesione dell'intestino tenue eccetto il duodeno
45.50	Isolamento di segmento intestinale, SAI
45.51	Isolamento di segmento dell'intestino tenue
45.6	Altra asportazione dell'intestino tenue
45.9	Anastomosi intestinale, SAI
45.91	Anastomosi intestinale tenue-tenue
45.92	Anastomosi dell'intestino tenue al moncone rettale
45.93	Altra anastomosi intestinale tenue-crasso
46.01	Esteriorizzazione dell'intestino tenue
46.02	Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino tenue
46.60	Fissazione di intestino SAI
46.61	Fissazione di intestino tenue alla parete addominale
46.62	Altra fissazione dell'intestino tenue
46.71	Sutura di lacerazione del duodeno
46.72	Chiusura di fistola del duodeno
46.73	Sutura di lacerazione dell'intestino tenue eccetto il duodeno
46.74	Chiusura di fistola dell'intestino tenue, eccetto il duodeno

46.80	Manipolazione intraaddominale dell'intestino, non altrimenti specificato
46.81	Manipolazione intraaddominale dell'intestino tenue
46.93	Revisione di anastomosi dell'intestino tenue
46.97	Trapianto dell'intestino
<u>Interventi sul fegato</u>	
50.2	Asportazione o demolizione locale di tessuti o lesioni del fegato
50.3	Lobectomia del fegato
50.4	Epatectomia totale
50.5	Trapianto del fegato
50.6	Riparazione del fegato
<u>Interventi sul pancreas</u>	
52.22	Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico
52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatiche
52.4	Drenaggio interno di cisti pancreatiche
52.5	Pancreatectomia parziale
52.6	Pancreatectomia totale
52.7	Pancreaticoduodenectomia radicale
52.8	Trapianto del pancreas
52.95	Altra riparazione del pancreas
52.96	Anastomosi del pancreas
<u>Interventi per ernia parete addominale</u>	
53.4	Riparazione di ernia ombelicale
53.5	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore (senza innesto o protesi)
53.6	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con innesto o protesi
53.7	Riparazione di ernia diaframmatica, per via addominale
<u>Interventi sul peritoneo</u>	
54.4	Asportazione o demolizione di tessuto peritoneale
54.5	Lisi di aderenze peritoneali
54.6	Sutura della parete addominale e del peritoneo
54.7	Altra riparazione della parete addominale e del peritoneo
<u>Interventi su intestino crasso</u>	
45.41	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso
45.49	Altra asportazione di lesione dell'intestino crasso
45.7	Asportazione parziale dell'intestino crasso
45.8	Colectomia totale intraaddominale
45.94	Anastomosi intestinale crasso-crasso
46.03	Esteriorizzazione dell'intestino crasso
46.04	Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino crasso
46.63	Fissazione dell'intestino crasso alla parete addominale
46.64	Altra fissazione dell'intestino crasso

46.75	Sutura di lacerazione dell'intestino crasso
46.76	Chiusura di fistola dell'intestino crasso
46.79	Altra riparazione dell'intestino
<u>Altri interventi addominali</u>	
55.4	Nefrectomia parziale
55.5	Nefrectomia
56.2	Ureterotomia
56.4	Ureterectomia
57.1	Cistotomia e cistostomia
57.6	Cistectomia parziale
57.7	Cistectomia totale
65.3	Ovariectomia monolaterale
65.4	Salpingo-ovariectomia monolaterale
65.5	Ovariectomia bilaterale
65.6	Salpingo-ovariectomia bilaterale
66.4	Salpingectomia totale monolaterale
66.5	Salpingectomia totale bilaterale
68.3	Isterectomia addominale subtotale
68.4	Isterectomia addominale totale
68.6	Isterectomia addominale radicale
68.8	Eviscerazione pelvica

Definizione dell'esito

L'esito è l'intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Definizione della gravità clinica della colelitiasi

La gravità clinica della colelitiasi è suddivisa in 4 categorie:

A. Calcolosi semplice (senza complicanze) sia della colecisti sia del dotto biliare

Codice ICD-9-CM diagnosi	Descrizione
574.20	Calcolosi della colecisti senza colecistite senza ostruzione (calcolosi colecisti semplice)
574.50	Calcolosi del dotto biliare senza colecistite senza ostruzione (calcolosi dotto biliare semplice)
574.90	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare senza colecistite senza ostruzione (calcolosi colecisti e dotto biliare semplice)

B. Calcolosi con colecistite senza ostruzione

Codice ICD-9-CM diagnosi	Descrizione
574.10	Calcolosi della colecisti con altra colecistite senza ostruzione
574.40	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
574.70	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione

575.1 + 574.20	Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
575.1 + 574.50	Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
575.1 + 574.90	Altra colecistite + Calcolosi colecisti e dotto biliare semplice
574.00	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
574.30	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.60	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.80	Calcolosi colecisti e dotto biliare con colecistite acuta e cronica senza ostruzione
575.0 + 574.20	Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
575.0 + 574.50	Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
575.0 + 574.90	Colecistite acuta + Calcolosi colecisti e dotto biliare semplice
576.1 + 574.20	Colangite + Calcolosi colecisti semplice
576.1 + 574.50	Colangite + Calcolosi dotto biliare semplice
576.1 + 574.90	Colangite + Calcolosi colecisti e dotto biliare semplice

C. Calcolosi con complicanza ostruttiva senza colecistite

Codice ICD-9-CM diagnosi

Descrizione

574.21	Calcolosi della colecisti senza colecistite con ostruzione
574.51	Calcolosi del dotto biliare senza colecistite con ostruzione
574.91	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare senza colecistite con ostruzione
575.2 + (574.20 o 574.50 o 574.90)	Ostruzione della colecisti + Calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare senza colecistite senza ostruzione
576.2 + (574.20 o 574.50 o 574.90)	Ostruzione del dotto biliare + Calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare senza colecistite senza ostruzione
575.3	Idrope della colecisti

D. Calcolosi con complicanza sia infiammatoria sia ostruttiva

Codice ICD-9-CM diagnosi

Descrizione

574.01	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta e con ostruzione
574.11	Calcolosi della colecistiti con altra colecistite e con ostruzione
574.31	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta e con ostruzione
574.41	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite e con ostruzione
574.61	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e con ostruzione

574.71	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite e con ostruzione
574.81	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica con ostruzione
575.2, <i>in presenza di una delle seguenti:</i>	Ostruzione della colecisti
574.00	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.20	Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
575.1 + 574.20	Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
574.30	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.50	Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
575.1 + 574.50	Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
574.60	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.70	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
574.80	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica senza ostruzione
576.2, <i>in presenza di una delle seguenti:</i>	Ostruzione del dotto biliare
574.00	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.20	Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
575.1 + 574.20	Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
574.30	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.50	Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
575.1 + 574.50	Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
574.60	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.70	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
574.80	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica senza ostruzione

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti “croniche” e di condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età, la gravità della colelitiasi ed una serie di comorbilità (vedi elenco 1) e pregressi interventi sull'addome superiore (vedi elenco 2) ricercati nel ricovero per colecistectomia (ricovero indice) e/o in tutti i ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti.

1) COMORBILITÀ

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri/
Tumori maligni		140.0–208.9, V10
Diabete		250
Obesità	278	278.0
Malattie ematologiche	280-286, 287.1, 287.3-287.5, 288, 289	280-286, 287.1, 287.3-287.5, 288, 289
Ipertensione arteriosa		401-405
Cardiopatía ischemica		410-414, 429.7
Pregressa rivascolarizzazione	V45.81, V45.82	V45.81, V45.82, 36.0, 36.1, 00.66
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Scompenso cardiaco		428
Altre malattie cardiache	393-398, 425, 093.2, 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	391, 393-398, 420-425, 429.0-429.9, 093.2, 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-438
Malattie vascolari	440, 441.0, 441.2, 441.4, 441.7, 441.9, 442, 443, 446, 447, 448, 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) o insufficienza respiratoria		490-496, 518.81, 518.82
Nefropatie croniche	582, 583, 585-588	582, 583, 585-588, V42.0, V45.1, V56
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571, 572, 577.1-577.9	571, 572, 577.1-577.9

2) PREGRESSO INTERVENTO SULL'ADDOME SUPERIORE (sono esclusi colon, retto e ano)

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Presenza di gastrostomia	V44.1	

Assenza acquisita di stomaco	V45.75
Controllo di gastrostomia	V55.1
Presenza di ileostomia	V44.2
Presenza di altra apertura artificiale dell'apparato digerente	V44.4
Presenza postchirurgica di anastomosi o derivazione intestinale	V45.3
Assenza acquisita di intestino (crasso, tenue)	V45.72
Collocazione e sistemazione di ileostomia o altro dispositivo intestinale	V53.5
Controllo di ileostomia	V55.2
Controllo di colostomia	V55.3
Controllo di altra apertura artificiale dell'apparato digerente	V55.4
Intestino sostituito da trapianto	V42.84
Fegato sostituito da trapianto	V42.7
Pancreas sostituito da trapianto	V42.83
<i><u>Intev. sullo stomaco e duodeno</u></i>	
Gastrectomia parziale con anastomosi esofagea	43.5
Gastrectomia parziale con anastomosi duodenale	43.6
Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale	43.7
Altra gastrectomia parziale	43.8
Gastrectomia totale	43.9
Bypass gastrico alto	44.31
Altra gastroenterostomia senza gastrectomia	44.39
Sutura di ulcera peptica, SAI	44.40
Sutura di ulcera gastrica	44.41
Sutura di ulcera duodenale	44.42
Revisione di anastomosi gastrica	44.5
Sutura di lacerazione dello stomaco	44.61
Chiusura di altra fistola gastrica	44.63
Gastropessi	44.64

OBIETTIVO 3 : Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

Referente obiettivo: DASOE -Servizio 5 (dr. Giuseppe Murolo)

Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali viene effettuato attraverso le modalità ex ante ed ex post.

Modalità ex ante

L'obiettivo viene valutato in considerazione di tutti gli elementi riportati nella Tabella di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa (Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa, dicembre 2010) e del Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa (PRGTA) approvato con D.A. 1220 del 30 giugno 2011 e successive modifiche.

Si procederà all'esame dei dati pervenuti alla Regione individuando le stesse soglie di garanzia richieste alla Regione come adempimenti LEA: $\geq 90\%$ sia per la classe B che per la classe D per ciascuna delle prestazioni critiche previste dal PRGTA.

Per l'anno 2016/17 le prestazioni da monitorare sono tutte quelle contenute nel paragrafo 3.1 del PRGTA.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSR.

Modalità ex post

La valutazione dell'obiettivo prevede:

- per tutte le prestazioni rispetto alla corretta copertura dei campi relativi a: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi. Il valore soglia di copertura per i suddetti campi è $\geq 90\%$.
- si procederà all'esame dei dati pervenuti alla Regione individuando le stesse soglie di garanzia richieste alla Regione come adempimenti LEA: $\geq 50\%$ sia per la classe B che per la classe D **per tutte le prestazioni** previste dal PRGTA.
- per ognuna delle otto seguenti prestazioni: **Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia** il valore soglia è $\geq 50\%$ per ciascuna di esse.

INDICATORI

EX ANTE

1) N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B /Numero prenotazioni con classe di priorità B

2) N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D /Numero prenotazioni con classe di priorità D

Relativamente al calcolo degli indicatori, si sottolinea che lo stesso presuppone la conformità del report prodotto dalle aziende rispetto alle indicazioni regionali; l'accesso al sistema di valutazione dell'obiettivo avviene solo se l'Azienda non ha più di 5 prestazioni per ciascuna classe di priorità sotto il valore del 50%

	<p>EX POST</p> <p>1) Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B.</p> <p>2) Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D.</p> <p>Relativamente alle otto prestazioni di cui sopra (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia) l'indicatore viene calcolato per ciascuna prestazione.</p> <p>Relativamente al calcolo degli indicatori, si sottolinea che lo stesso è possibile qualora tutti i campi siano valorizzati almeno al 90% (pre-requisito per il calcolo dell'indicatore).</p>
<p>VALORI OBIETTIVO</p>	<p>EX ANTE</p> <p>Valore gold:</p> <p>raggiungimento della soglia di garanzia $\geq 90\%$ sia per la classe B e sia per la classe D per ciascuna delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA; permetterà di raggiungere al 100% l'obiettivo.</p> <p>Valore silver:</p> <p>raggiungimento della soglia di garanzia $\geq 90\%$ sia per la classe B e sia per la classe D come media delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA.</p> <p>EX POST</p> <p>Valore Gold</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiungimento della soglia di garanzia $\geq 50\%$ sia per la classe B e sia per la classe D per tutte le prestazioni di cui al PRGTA; - raggiungimento nelle 8 prestazioni sopra indicate raggiungimento della soglia del 50% per ognuna di esse; <p>permetterà di raggiungere l'obiettivo al 100%</p> <p>Valore Silver</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiungimento della soglia di garanzia $\geq 50\%$ sia per la classe B e sia per la classe D per tutte le prestazioni di cui al PRGTA; <p>permetterà di raggiungere l'obiettivo al 75%</p>
<p>SCALA</p>	<p>EX ANTE</p> <p>Valore Gold SI/NO. (= 100% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Nel caso di NO si passa al valore Silver</p>

	<p>Valore Silver: SI/NO (= 75% del valore dell'obiettivo)</p> <p>EX POST</p> <p>Valore Gold SI/NO. (= 100% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Nel caso di NO si passa al valore Silver</p> <p>Valore Silver: : SI/NO (= 75% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Qualora non si ottenga il raggiungimento della soglia di garanzia di almeno il 50% sia per la classe B e sia per la classe D per tutte le prestazioni di cui al PRGTA l'obiettivo sarà considerato NON raggiunto.</p> <p>L'assenza del pre-requisito (valorizzazione di almeno il 90% di tutti i campi) non consente il raggiungimento dell'obiettivo (a prescindere dal livello di soglia di garanzia raggiunto).</p>
TRACKING	<p>EX ANTE</p> <p>Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa sulla rilevazione, effettuata in un periodo indice, stabilito dalla Regione sulla base delle indicazioni nazionali.</p> <p>I settimana indice (I semestre)</p> <p>II settimana indice (II semestre)</p> <p>EX POST</p> <p>Monitoraggio semestrale tramite il flusso ex art 50.</p>
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	15

Prestazione	Codice
Visita cardiologica	89.7 - 89.01 (disc. 8)
Visita chirurgia vascolare	89.7 - 89.01 (disc. 14)
Visita endocrinologica	89.7 - 89.01 (disc. 19)
Visita neurologica	89.13 - 89.01 (disc. 32)
Visita oculistica	95.02 - 89.01 (disc. 34)
Visita ortopedica	89.7 - 89.01 (disc. 36)
Visita ginecologica	89.26 - 89.01 (disc. 37)
Visita otorinolaringoiatrica	89.7 - 89.01 (disc. 38)
Visita urologica	89.7 - 89.01 (disc. 43)
Visita dermatologica	89.7 - 89.01 (disc. 52)
Visita fisiatrica	89.7 - 89.01 (disc. 56)
Visita gastroenterologica	89.7 - 89.01 (disc. 58)
Visita oncologica	89.7 - 89.01 (disc. 64)
Visita pneumologica	89.7 - 89.01 (disc. 68)
Mammografia	87.37.1 - 87.37.2

TAC Torace senza e con contrasto	87.41 - 87.41.1
TAC Addome superiore con e senza m.d.c.	88.01.2 - 88.01.1
TAC Addome inferiore con e senza m.d.c.	88.01.4 - 88.01.3
TAC Addome completo con e senza m.d.c.	88.01.6 - 88.01.5
TAC Capo con e senza m.d.c.	87.03 - 87.03.1
TAC Rachide e speco vertebrale con e senza m.d.c.	88.38.2 - 88.38.1
TAC Bacino con e senza m.d.c.	88.38.5
RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2
RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1
Ecografia capo e collo	88.71.4
Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
Ecocolor doppler dei tronchi sovraaortici	88.73.5
Ecocolor doppler dei vasi periferici	88.77.2
Ecografia addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
Ecografia mammella	88.73.1 - 88.73.2
Ecografia ostetrica-ginecologica	88.78 - 88.78.2
Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
Elettrocardiogramma	89.52
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
Audiometria	95.41.1
Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
Fondo oculare	95.09.1
Elettromiografia	93.08.1

Allegato Linee guida per il monitoraggio ex ante

Monitoraggio ex ante 2015

Ambito del monitoraggio

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione, effettuata in un periodo indice, stabilito a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12.

Per l'anno 2015 le prestazioni da monitorare sono tutte quelle contenute nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN. Il periodo indice è rappresentato dalla **prima** settimana dei mesi di aprile e ottobre di ciascun anno.

Il monitoraggio ex ante si dovrà effettuare solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio ex ante sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Codice ASL	Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN.	Inserire il codice MRA (MRA è un'applicazione dell'NSIS che costituisce l'anagrafe delle ASL in relazione alla loro competenza territoriale e ai dati sulla popolazione residente in ciascun comune afferente alla ASL)
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Inserire 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire numero progressivo
Codice prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12
Numero totale di prenotazioni	Indica il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice (U-B-D-P)	Inserire il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice
Numero prenotazioni da garantire	Indica il numero di prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> per ciascuna prestazione nella settimana indice (B-D)	Inserire il numero di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice (è un di cui del valore precedente)
Numero prenotazioni con classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , il numero di prenotazioni con classe di priorità B, per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità B per ciascuna prestazione nella settimana indice

OBIETTIVO 4: garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR

Referente obiettivo: DASOE -Servizio 5 (dr. Giuseppe Murolo)

1) Punti nascita

Al fine di incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita della Regione Sicilia, è stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all’Accordo Stato – Regioni del 16 dicembre 2010 e al Decreto Assessoriale 2536 del 2 dicembre 2011 “Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita”.

Le Aziende sanitarie con Punto Nascita dovranno garantire il raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist. I dati dovranno essere inseriti sulla piattaforma qualitasiciliassr. Saranno effettuate verifiche a campione sulla congruità dei dati inseriti.

2) Migliorare l’appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali

Al fine di monitorare il livello di sicurezza e le modalità organizzative delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e di 2° livello (come previsto dal Accordo CSR 16/12/2010, recepito dal DA 2/12/2011 e s.m.i.) sono stati previsti indicatori di monitoraggio dedicati:

a) nei PN senza UTIN

- Migliorare l’appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute, con ricovero per più di 1 giorno (appropriatezza organizzativa)
- Ridurre il tasso di trasferimento dei neonati pretermine entro le prime 72 ore

b) nei PN con UTIN

- Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio (se dovuto) dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura.
- Definire i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (62) e gli indicatori per il monitoraggio dell’effettiva attuazione.

INDICATORI	<p>1) Punti nascita Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist</p> <p>2) Migliorare l’appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>2.1) Nei PN senza (TIN): 2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p>
-------------------	--

	<p>2.1.2) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO)</p> <p>2.2) Nei PN (con TIN):</p> <p>2.2.3) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI [Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero totale di 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] <p>2.2.4) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730): Numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN.</p>
<p>VALORI OBIETTIVO</p>	<p>1) Punti nascita 100%</p> <p>2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>2.1.1) 0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>2.1.2) < 8% (Fonte SDO)</p> <p>2.2.3) SI [Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero totale di 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]

	<p>2.2.4)</p> <p><10% (2016);</p> <p>< 7% (2017)</p> <p>< 5% (2018)</p>
SCALA	SI/NO
TRACKING	<p>Monitoraggio al 31/12/2016</p> <p>Monitoraggio al 31/12/2017</p>
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	10

Allegati:

- **Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello e dei punti nascita in deroga**
- **Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di II livello**

OBIETTIVO 5: DONAZIONE ORGANI

Referente obiettivo: DPS - Servizio (dr. Giacomo Scalzo)

Al fine di incrementare il numero della donazioni di organi e tessuti, le Aziende dovranno assicurare il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- numero di accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neuro lesione, registrati in Azienda;
- numero di donatori procurati, definiti come i soggetti per i quali sia stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e sia stato firmato dagli aventi titolo il modulo di non opposizione, non inferiore al 50% di tutti gli accertamenti eseguiti;
- numero di cornee prelevate non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrino nei parametri di idoneità alla donazione delle cornee, per come definiti dal CRT;

Gli operatori sanitari coinvolti nel processo di procurement di organi e tessuti saranno coinvolti in ambito aziendale in specifici eventi formativi.

<p>INDICATORE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione dell'Ufficio di Coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti (peso 15 %) 2. Numero di accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione registrati in Azienda (peso 20%) 3. Numero di donatori procurati, definiti come i soggetti per i quali sia stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e sia stato firmato dagli aventi titolo il modulo di non opposizione, non inferiore al 50% di tutti gli accertamenti eseguiti (peso 40%) 4. Numero di cornee prelevate non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrino nei parametri di idoneità alla donazione delle cornee, per come definiti dal CRT (peso 20%) 5. Organizzazione in ambito aziendale di un evento formativo per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di procurement di organi e tessuti. (peso 5%)
<p>VALORI OBIETTIVO e SCALA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI / NO 2. l'obiettivo sarà raggiunto: <ul style="list-style-type: none"> • al 100% se il numero degli accertamenti sarà pari o

	<p>superiore al 100 % del valore individuato in base ai dati rilevati dalle SDO e secondo la metodologia di cui all'allegato 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • all'80% se il numero degli accertamenti sarà compreso tra l'80 e il 99 del valore individuato in base ai dati rilevati dalle SDO e secondo la metodologia di cui all'allegato 1 • al 50% se il numero degli accertamenti sarà compreso tra il 50 e l'80% del valore individuato in base ai dati rilevati dalle SDO e secondo la metodologia di cui all'allegato 1 • l'obiettivo non sarà raggiunto se il numero degli accertamenti sarà inferiore al 50% del valore individuato in base ai dati rilevati dalle SDO e secondo la metodologia di cui all'allegato 1 <p>3. l'obiettivo sarà raggiunto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • al 100% se il numero dei donatori procurati sarà pari o superiore al 100 % del valore previsto • all'80% se il numero dei donatori procurati sarà compreso tra l'80 e il 99 del valore previsto • al 50% se il numero dei donatori procurati sarà compreso tra il 50 e l'80% del valore previsto • l'obiettivo non sarà raggiunto se il numero dei donatori procurati sarà inferiore al 50% del valore previsto <p>4. l'obiettivo sarà raggiunto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'obiettivo sarà raggiunto al 100% se il numero delle cornee prelevate sarà pari o superiore al 100 % del valore previsto • l'obiettivo sarà raggiunto all'80% se il numero delle cornee prelevate sarà compreso tra l'80 e il 99 del valore previsto • l'obiettivo sarà raggiunto al 50% se il numero delle cornee prelevate sarà compreso tra il 50 e l'80% del valore previsto • l'obiettivo non sarà raggiunto se il numero delle cornee prelevate sarà inferiore al 50% del valore previsto <p>5. SI / NO</p>
<p>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</p>	<p>3 per ASP e 9 per AO</p>

ALLEGATO 1

METODOLOGIA PER IL CALCOLO DEI DECESSI PER GRAVE NEUROLESIONIE AVVENUTI NELLE U.O. DI RIANIMAZIONE

Sono considerati decessi per grave neurolesione in una U.O. di Rianimazione tutti i decessi avvenuti entro 15 giorni dalla lesione acuta che ne ha provocato il ricovero e che presentino in prima o seconda posizione nella casella “causa di morte” della SDO i seguenti codici ICD-9:

191 – 192 – 225	Neoplasia cerebrale
430 – 431 – 432	Emorragia cerebrale
433 – 434	Ischemia cerebrale
851 – 852 – 853 – 854	Trauma encefalico
320 – 323	Infezione cerebrale

OBIETTIVO 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE

Referente obiettivo: DPS -Servizio (dr. Giacomo Scalzo)

I medici dipendenti pubblici (ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, etc), sono individuati dal DA 12/08/2010 (GURS 27/08/2010) come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche. Il DA 2234/2015 (disposizioni inerenti le prescrizioni medicinali) ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione di farmaci. Al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nei predetti decreti, volte a semplificare a favore degli utenti e degli operatori sanitari le procedure di prescrizione, è necessario che:

- aumenti il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità de materializzata
- aumenti in maniera significativa rispetto a quelli del 2015 il numero delle prescrizioni dagli stessi effettuate siano incrementati

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità de materializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione) 2. numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità de materializzata per ogni medico abilitato e inviante nei periodi considerati (maggio – dicembre 2016 e anno 2017), come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS
VALORI OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASP: > 20% nel 2016 e > 30% nel 2017 AO: > 25% nel 2016 e > 40% nel 2017 2. ASP e AO: 5 nel 2016 e 10 nel 2017
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI / NO 2. SI / NO
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	5 per ASP e AO

OBIETTIVO 7: UTILIZZO FONDI di P.S.N.**Referente obiettivo: Area Interdipartimentale 2 (dr.ssa Tatiana Agelao)**

Al fine di monitorare lo stato di attuazione dei Progetti obiettivo di PSN, in continuità a quanto disposto con nota assessoriale prot. n. 19922 del 26 febbraio 2016, le Aziende trasmettono con cadenza trimestrale un report sulle attività svolte. Tale report è elaborato mediante la compilazione di un prospetto, il cui modello è qui allegato, dal quale risultino per ciascun anno i progetti assegnati e per ciascun progetto lo stato di attuazione, le somme assegnate, le somme impegnate e le somme spese, nonché le previsioni di chiusura per i progetti non ancora conclusi. Il prospetto dovrà essere corredato, per ciascun progetto, da una relazione esplicativa delle attività svolte in attuazione del medesimo.

La mancata definizione dei progetti correnti nella tempistica dichiarata nell'ambito delle previsioni di chiusura degli stessi, e comunque non oltre il 30 aprile 2017, preclude il raggiungimento dell'obiettivo.

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. puntuale trasmissione dei report trimestrali 2. rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30 aprile 2017)
VALORI OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% 2. 100%
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI / NO 2. SI / NO
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	6 per ASP e AO

prospetto allegato

Progetti assegnati						
Stato di attuazione						
Somma assegnata						
Somma impegnata						
Somma spesa						
Somma residua (somma impegnata e non spesa)						
Previsioni di chiusura per i progetti non ancora ultimati						
Somma non spesa e non impegnata						
Note						

OBIETTIVO 8: Sviluppo PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)

Referente obiettivo: DPS -Servizio 5 (dr.ssa Patrizia Schifaudò)

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n.2128 del 12 novembre 2013 e n.402 del 10 marzo 2015 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità, impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

L'obiettivo intende assicurare un diretto coinvolgimento nel processo di realizzazione del PAC ed in particolare sui seguenti punti:

1. Dare evidenza, attraverso i rispettivi siti web istituzionali, del percorso di certificabilità dei bilanci, anche attraverso l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento (ANAC Determinazione n.12 del 28.10.2015 - Il Sanità: punto 2.1.3).
2. Garantire l'effettiva implementazione, funzionalità e affidabilità presso gli Enti delle azioni previste nel cronoprogramma del PAC approvato dalla Regione.

INDICATORE	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC
VALORI OBIETTIVO	<p><u>AL 30.06.2016</u></p> <p>Dare evidenza, attraverso i rispettivi siti web istituzionali, dello stato avanzamento del PAC della Regione presso l'Ente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicare la specifica fase del processo (area, obiettivo e azione). ▪ Indicare il livello d'implementazione: <ol style="list-style-type: none"> a) obiettivo pienamente conseguito e pienamente implementato; b) obiettivo in corso di conseguimento e parzialmente implementato;

	<p>c) azione implementata ma obiettivo non conseguito;</p> <p>d) azione non implementate e obiettivo non conseguito.</p> <p><u>AL 31.12.2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Istituzione di una funzione d'internal audit. ▪ Implementazione di sistemi informatici integrati, idonei alla realizzazione del PAC. ▪ Pieno conseguimento ed implementazione presso l'ente degli obiettivi PAC relativi alle aree Rimanenze, Immobilizzazioni e Patrimonio Netto. <p><u>AL 31.12.2017</u></p> <p>Pieno conseguimento ed implementazione presso l'ente degli obiettivi PAC relativi alle aree: Crediti e Ricavi; Debiti e Costi; Disponibilità.</p>
<p>SCALA</p>	<p>SI / NO</p>
<p>PUNTEGGIO INDICATORE</p>	<p>6 per ASP e AO</p>

OBIETTIVO 9: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.)

Referente obiettivo: DPS Area Interdipartimentale 2 (dr. Tatiana Agelao)

Redazione dei documenti di sintesi del Piano Attuativo Aziendale (PAA) per l'anno 2016 e l'anno 2017, in linea con le indicazioni relative alle priorità indicate nel "Sistema Obiettivi 2016-2017", che individua 5 Aree di Intervento

Il PAA dovrà essere prodotto entro 20 giorni dalla formalizzazione degli obiettivi

Le Aziende che operano nelle Aree Metropolitane dovranno produrre un unico documento di sintesi di carattere provinciale come per gli anni precedenti.

In seguito alla validazione dello stesso da parte dell'Assessorato saranno comunicati i punteggi attribuiti a ciascuna delle seguenti 5 Aree di Intervento:

1) SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

- 1.1. Sanità veterinaria
- 1.2. Igiene degli alimenti
- 1.3. Vaccinazioni
- 1.4. Tutela ambientale
- 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro

2) QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

- 2.1. Sicurezza dei pazienti
- 2.2. Formazione dei professionisti
- 2.3. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
- 2.4. PDTA
- 2.5. Appropriatelyzza
- 2.6. Outcome

3) RETI

Reti tempo-dipendenti:

- 2.1. Rete IMA
- 2.2. Rete Stroke
- 2.3. Rete Politrauma

Reti cliniche integrate:

- 2.4. Rete Oncologica
- 2.5. Percorso Nascita

4) ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

- 3.1. Cronicità
- 3.2. Disabilità e non autosufficienza
- 3.3. Riabilitazione
- 3.4. Salute mentale

3.5. Violenza su donne e minori 5) <u>SVILUPPO ORGANIZZATIVO</u> 4.1. Comunicazione 4.2. Formazione 4.3. Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria 4.5. Telemedicina	
INDICATORE	Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal PAA per l'anno 2016 e 2017
VALORI OBIETTIVO	100%
SCALA	% di sviluppo delle azioni previste a PAA e relativi pesi indicati nel documento di PAA
PUNTEGGIO INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale: peso 1 • Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale: peso 25