

Allegato 1: TABELLA A - OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI ANNO 2016-2017

ANNO 2016

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	2016			Note/criticità
					Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	
1. SCREENING ONCOLOGICI	Screening tumore cervice uterina	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 25-64 anni)		3	50%	22,7%	45%	Avviso pubblico per la selezione di personale esterno bandito con del. n. 872 del 9/11/2016
	Screening tumore mammella	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 50-69 anni)		3	60%	42.9%	71%	
	Screening tumore colon retto	n test eseguiti/ popolazione target (popolazione residente 50-69 anni)		3	50%	9,18%	18%	
		Obiettivi di processo: 1. Istituzione delle UU.OO. di screening 2. Coinvolgimento e collaborazione MMG 3. Riduzione inviti inesitati			1. 100% 2. 30% 3. ≤ 3%	si	100%	
2. ESITI	2.1 tempestività intervento per frattura femore in pazienti over 65	Interventi Effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	SDO	5	≥ 90% (da valore soglia 60% pari a 0 applicando una funzione lineare)	62%	6,67%	Istituito team aziendali nei PP.OO. ove insiste l'U.O. di Ortopedia, al fine di razionalizzare il PDT dei soggetti target

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
	2.2 Riduzione parti cesarei primari	Parti cesarei di donne non pre-cesarizzate cesarei primari)/ totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	SDO	5	≤ 20% (miglioramento a partire da soglia minima 28% applicando una funzione lineare)	28%	0%	L'individuazione dell' U.O. di Ostetricia dell'Umberto I di Enna quale punto nascita di Il livello e quale riferimento del bacino AG-CL-EN come STAM comporta l'attrazione di donne con gravidanza a rischio, che vengono sottoposte a T.C.
	2.3 Tempestività intervento in IMA STEMI	2.3.1.PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero* (vd note) con diagnosi certa di IMA STEMI/ numero totale di IMA STEMI ** diagnosticati	RAD	5	≥ 91% (miglioramento tra soglia minima 78% e valore target 91%)	95%	100%	Sebbene non di disponga della U.O. di emodinamica è stato assicurato il trasporto del paziente entro l'intervallo temporale previsto.
		2.3.2proporrzione di IMA STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro 90' (differenza tra il tempo in cui è stato effettuato l'intervento e quello in cui è avvenuto il ricovero calcolato in minuti)						La mancanza dell'UO di emodinamica non consente il rispetto dell'obiettivo 2.3.2, pertanto il peso viene ridistribuito all'obiettivo 2.3.1
	2.4 degenza post-operatoria in colecistectomia laparoscopica	N ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-	SDO	5	≥ 97% (miglioramento tra soglia minima 70% e valore target 97%)	46,00%	0,00%	Effettuati audit con i Responsabili delle UU.OO. di Chirurgia per affrontare le criticità. Individuati percorsi privilegiati per migliorare il dato

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
	<3 giorni	operatoria < 3 giorni/n totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica						
3. LISTE DI ATTESA	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (PNGLA 2010-2012)	Ex ante Σn prestazioni richieste (da 1 a 43)*%% di garanzia in classe B/totale prestazioni prenotate in classe B	Dati CUP	7,5	Da 75 a 100	Classe B 78,97%	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 80,03%	Classe D 75%	
	Ex post n prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale prestazioni classe B Ex post n prestazioni	Flusso C, M e XML ex art. 50	7,5	Da 75 a 100	Classe B 100%	Classe B 100%	La performance raggiunta è il risultato di una serie di azioni messe in atto: revisione dell'offerta specialistica, ampliamento dell'offerta di prestazioni nelle discipline in cui ha luogo la maggiore richiesta, anche in relazione con l'attivazione dei percorsi per la cronicità, con acquisizione di ulteriori apparecchiature e di specialisti ambulatoriali, attivazione de l web CUP con peno coinvolgimento delle strutture private accreditate, soprattutto nella	

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
		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%	branca di radiologia
4. PUNTI NASCITA	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)	Dati inseriti sulla piattaforma qualitasicilia.ssr	5	SI/NO		100%	

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
	4.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali 4.2.1 PN senza UTIN	4.2.1.1: n nati con età gestazionale <34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata per più di 24 ore (1 giorno)	SDO e CEDAP		0	0	100%	
		4.2.1.2 % neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita/totale neonati ricoverati	SDO		<8%	0%	100%	
	4.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali 4.2.2 PN con TIN (Terapia Intensiva Neonatale)	4.2.2.3 report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	Controlli NOC (controllo analitico su 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73)		SI	SI	100%	
		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	SDO		<10%	5,00%	100%	

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
		dei deceduti (modalità di dimissione codice 1)						
5. DONAZIONE ORGANI	Incrementare il numero delle donazioni di organi e tessuti	5.1 Organizzazione Ufficio di Coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti		0,75	SI/NO	SI	100%	
		5.2 n accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione registrati in Azienda	SDO	1,20	100% del valore individuato in base ai dati rilevati dalle SDO e secondo la metodologia individuata nel Sistema obiettivi 2016-17)	4/10	100%	
		5.3 n donatori procurai	SDO	0,60	100% se il numero dei donatori sarà pari o superiore al 100% del valore previsto	1/2	100%	
		5.4 n cornee prelevate	SDO	0,30	100% se il numero delle cornee prelevate sarà pari o superiore al 100% del valore previsto	1/10	100%	

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
		5.5 organizzazione evento formativo aziendale		0,15	SI/NO	SI	100%	
6. PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	Prescrizioni dematerializzate	1) % medici dipendenti e SUMAISTI abilitati alla prescrizione dematerializzata 2) numero medio di prescrizioni mensili nel periodo maggio-dicembre 2016	SOGEI – SISTEMA TS	5	1) >20% 2) 5 nel 2016	1) 21% 2) dato non disponibile	1) 100% 2) 0%	
7. UTILIZZO FONDI PSN	Monitoraggio stato attuazione Progetti obiettivo di PSN	1) puntuale trasmissione dei report trimestrali 2) rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30.04.2017)		6	1) 100% 2) 100%		2) 100% 2) 100%	
8. SVILIPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (PAC)	Dare evidenza del percorso di certificabilità dei bilanci	Al 30/9/2016 (Punti 1) Dare evidenza, attraverso i siti web istituzionali, dello stato di avanzamento del PAC della Regione presso l'Ente; indicare: -specifica fase del processo -livello di						

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
		implementazione Al 31/12/2016 (Punti 4) -istituzione di una funzione di <i>internal audit</i> (punti 1) -implementazione di sistemi informatici integrati idonei alla realizzazione del PAC (punti 2) -conseguimento e implementazione degli obiettivi PAC (aree Generale, Rimanenze, Immobilizzazione, Patrimonio) (punti 1)		5	SI/NO	SI	100%	
9. P.A.A.	Piano Attuativo Aziendale	1)Redazione e approvazione del P.A.A. (peso 1) 2)Realizzazione delle azioni previste dal P.A.A. (perso 25)		26	% di sviluppo delle azioni previste e relativi pesi, come indicato nel P.A.A.		90%	