

## Allegato Miglioramento

Codice indicatore	Bozza Obiettivi 2017	AVNO	AVCE	AVSE	AUSL NO	AUSL CE	AUSL SE	AOU PISANA	AOU SENESE	AOU CAREGGI	AOU MEYER	Fond. Monasterio	ISPO
<b>Screening oncologici</b>													
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	100% bienn.	100%	100%	100%	100%	100%	100%					
B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico	>80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%					
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	100% trienn.	100%	100%	100%	100%	100%	100%					
B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	>60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%					
B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale	100% bienn.	100%	100%	100%	100%	100%	100%					
B5.3.2	Adesione corretta dello screening coloretale	>70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%					
<b>Donazioni</b>													
B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	>= vedi obiettivi specifici	115,0	82,0	106,0	115,0	82,0	106,0					
B6.2.2.1	Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti	>= vedi obiettivi specifici	32,0	17,0	19,0	32,0	17,0	19,0					
B6.1.1	Percentuali morti encefaliche individuate	Attività settore competente	0,9	1,0	1,1	0,8	1,2	0,9	1,0	mantenimen to	mantenimen to	mantenim ento	
B6.1.2	Percentuali donatori procurati	Attività settore competente	57,0	60,2	54,2	60,9	60,6	55,3	52,8	53,3	64,2	60,0	
<b>Copertura vaccinale</b>													
B7.1	Copertura per vaccino MPR	>=95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%					
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale	>=75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%					
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	>=80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%					
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	>=25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%					
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	>=95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%					
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	>=95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%					
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	>=95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%					
<b>Sistemi Informativi</b>													
B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	80%											da definire
B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO.SPA.SPF.FED.SEA.RFC86.HOSPICE.SALM.ISM.VACCINAZIONI.AD/RSA)Corretta identificazione del cittadino	98,5%											da definire
B8.4.2	Completezza e qualità 118	completezza 90% qualità 95% completezza 90%											
B8.4.3b	Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	80%											
B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	90%											
B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	98 (* l'obiettivo è stato chiuso a 90) 90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	95%											da definire
B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	90%											da definire
B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	90%											90%
B8.4.14	Completezza Percorso Chirurgico: completezza del percorso in caso di interventi in elezione e completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO	completezza percorso>80%;completezza del registro opertatorio>95%											da definire
B8.8.1	Copertura della spesa rilevata nel Flusso DES sulla spesa rilevata nei modelli CE	> 95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
B8.8.2	Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto	> 90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
B8.8.3	% di record con codice RDM corretto	> 95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
B8.9.1	Pazienti con Residenza corretta (Flusso FED): dimessi da ricovero e da visita specialistica ambulatoriale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B24.1	% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	>= vedi obiettivi specifici	66,63	60,01	70,09	66,63	60,01	70,09					
B24.2.1.1	% di referti di laboratorio firmati digitalmente	>=98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
B24.2.1.2	% di referti di radiologia firmati digitalmente	>=98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
B24.2.2.1	% corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	>=98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%
B24.2.2.2	% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	>=98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%
B24.2.3.1	% dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	>=90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
B24.2.3.2	% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	>=90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
B24.2.4	% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	>=10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
<b>Ricerca</b>													
B15.3.1	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	da definire											da definire
<b>AFA</b>													
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	>= vedi obiettivi specifici	2,25	2,16	1,99	2,25	2,16	1,99					
B22.2	N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	>= vedi obiettivi specifici	3,32	2,81	2,96	3,32	2,81	2,96					
<b>Sanità d'Iniziativa</b>													
B26.1	% popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli	>=80	80%	80%	80%	80%	80%	80%					
<b>Cure domiciliari</b>													
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione	>= vedi obiettivi specifici	11,5%	12,4%	13,4%	11,5%	12,4%	13,4%					
<b>Governo della domanda</b>													
C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<=120x1000	120	120	120	120	120	120	120	120	120		
<b>Efficienza</b>													
C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Valore 2016 non superiore a Valore 2015											mantenimento
C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Valore 2016 non superiore a Valore 2015											mantenimento
<b>Attività ed appropriatezza medica</b>													
C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	<= vedi obiettivi specifici	89,10	62,18	86,80	89,10	67,67	86,80					

Codice indicatore	Bozza Obiettivi 2017		AVNO	AVCE	AVSE	AUSL NO	AUSL CE	AUSL SE	AOU PISANA	AOU SENESE	AOU CAREGGI	AOU MEYER	Fond. Monasterio	ISPO
<b>C14.4</b>	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	<= vedi obiettivi specifici	1,55	1,34	1,63	1,61	1,36	1,43	1,52	2,52	1,69			
<b>C14.2a</b>	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	<= vedi obiettivi specifici	1,92	3,72	2,42	1,92	3,72	2,42						
<b>C14.2.1</b>	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - adulti	<= vedi obiettivi specifici							7,15	14,62	6,03		0,50	
<b>C14.2.2</b>	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - pedatrici	<= vedi obiettivi specifici							19,30	16,46	23,08	28,58		
<b>Attività ed appropriatezza chirurgica</b>														
<b>C4.12</b>	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	>= vedi obiettivi specifici	91,86	90,29	89,84	93,06	92,80	91,16	87,69	85,82	82,79			
<b>B25.1a.7</b>	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	>= vedi obiettivi specifici	60,86	81,52	81,68	60,86	81,52	81,68						
<b>Qualità clinica</b>														
<b>C5.2</b>	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	standard >=80%; vedi obiettivi specifici	77,51	78,52	77,29	80,10	78,20	80,37	76,13	76,28	80,00			
<b>C5.1e</b>	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	<= vedi obiettivi specifici	7,31	7,73	7,41	7,31	7,96	7,53	7,48	7,08	7,28		mantenimento	
<b>Rischio clinico</b>														
<b>C6.1.4</b>	Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	>=70												
<b>C6.2.1</b>	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>C6.2.2</b>	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
<b>C6.5.5</b>	Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80												
<b>C6.5.6</b>	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>=75												
<b>C6.6</b>	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3											>=3	>=3
<b>C6.7.1</b>	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	100%												
<b>Materno Infantile</b>														
<b>C7.1</b>	% parti cesarei depurati (NTSV)	<=vedi obiettivi specifici	17,21	16,28	18,71	16,83	15,83	17,65	19,36	23,83	17,63			
<b>C7.18</b>	% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	<= vedi obiettivi specifici	63,33	72,86	57,65	63,33	72,86	57,65						
<b>C7.6</b>	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<= vedi obiettivi specifici	4,8	5,2	4,1	5,3	5,0	4,8	2,8	mantenere	5,54			
<b>Pediatria</b>														
<b>C7.7</b>	Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	<= vedi obiettivi specifici	8,0	8,8	8,1	8,0	8,8	8,1						
<b>B25.1a.5</b>	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	<=vedi obiettivi specifici	159,8	126,8	191,2	159,8	126,8	191,2						
<b>Integrazione ospedale-territorio</b>														
<b>C8b.2</b>	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	<=vedi obiettivi specifici	0,54	0,53	0,47	0,54	0,53	0,47						
<b>Salute Mentale</b>														
<b>C8a.13.2</b>	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<= vedi obiettivi specifici	4,0	3,7	2,8	4,4	4,5	3,0	4,8	2,9	2,4			
<b>C8a.13a</b>	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	<= vedi obiettivi specifici	4,29	4,54	3,43	4,29	4,54	3,43						
<b>C15.2</b>	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	<= vedi obiettivi specifici	48,62	58,54	61,72	48,62	58,54	61,72						
<b>Efficienza assistenziale delle patologie croniche</b>														
<b>C11a.1.2a</b>	% residenti con Scemenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	>= vedi obiettivi specifici	77,8	77,1	78,0	77,8	77,1	78,0						
<b>C11a.1.2b</b>	% residenti con Scemenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio/potassio	>= vedi obiettivi specifici	68,4	67,5	69,0	68,4	67,5	69,0						
<b>C11a.1.3</b>	% residenti con Scemenso Cardiaco in terapia con ACEinibitore - sartani	<= vedi obiettivi specifici	69,2	72,7	68,6	69,2	72,7	68,6						
<b>C11a.1.4</b>	% residenti con Scemenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	<= vedi obiettivi specifici	65,3	64,3	58,8	65,3	64,3	58,8						
<b>C11a.2.2</b>	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	<= vedi obiettivi specifici	69,9	72,2	71,7	69,9	72,2	71,7						
<b>C11a.2.3</b>	% residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	>= vedi obiettivi specifici	46,5	44,3	47,3	46,5	44,3	47,3						
<b>C11a.5.1</b>	% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	<= vedi obiettivi specifici	70,9	71,5	72,4	70,9	71,5	72,4						
<b>Appropriatezza prestazioni ambulatoriali e diagnostiche</b>														
<b>C13.2</b>	Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	<= vedi obiettivi specifici	583,7	630,2	652,7	583,7	630,2	652,7						
<b>C13.2.2.1</b>	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	<= vedi obiettivi specifici	17,27	16,45	15,06	17,27	16,45	15,06						
<b>C13.2.2.2</b>	% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	<= vedi obiettivi specifici	7,62	6,45	7,45	7,62	6,45	7,45						
<b>C13.2.2.4</b>	Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriatazza per 1.000 residenti	<= vedi obiettivi specifici	3258	3429	3411	3258	3429	3411						
<b>C13.2.2.5</b>	Tasso std di prestazioni di Densitometria a rischio di inappropriatazza per 1.000 residenti	<= vedi obiettivi specifici	14,96	8,24	10,30	14,96	8,24	10,30						
<b>C13.2.2.6</b>	Tasso std di prestazioni di Genetica a rischio di inappropriatazza per 1.000 residenti (AOU)	<= vedi obiettivi specifici	38,29	46,18	33,98	38,29	46,18	33,98						
<b>C13.2.2.9</b>	Tasso std di prestazioni Dermatologia e Allergologia a rischio di inappropriatazza per 1.000 residenti	<= vedi obiettivi specifici	8,26	12,31	9,97	8,26	12,31	9,97						
<b>Pronto Soccorso</b>														
<b>C16.1</b>	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	>= vedi obiettivi specifici	78,08	82,06	89,69	78,77	84,44	89,77	74,33	89,13	71,14	97,33		
<b>C16.2</b>	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	>= vedi obiettivi specifici	82,46	82,28	90,37	83,24	82,17	89,91	78,40	93,07	79,56	89,17		
<b>C16.3</b>	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	>= vedi obiettivi specifici	84,63	84,56	89,60	85,05	84,23	90,86	82,44	82,42	83,39	90,54		
<b>C16.7</b>	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	>= vedi obiettivi specifici	74,45	75,20	76,40	73,91	76,00	76,15	77,04	77,13	75,74	60,00		
<b>C16.4</b>	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> 95%	93,44	92,34	94,24	94,33	92,25	96,78	90,73	88,91	92,02	99,08		
<b>D9a</b>	Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	<= vedi obiettivi specifici	2,9	2,4	1,1	2,7	2,2	0,9	3,6	2,3	2,8	3,5		
<b>Riabilitazione</b>														
<b>C17.1.1</b>	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	<= vedi obiettivi specifici	1,94	1,89	1,89	1,94	1,89	1,89						
<b>C17.1.3</b>	% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	<= vedi obiettivi specifici	11,69	5,50	3,41	9,23	6,03	3,43	22,58	2,14	1,53			
<b>Valutazione interna</b>														
<b>E2</b>	Percentuale di assenza	<= vedi obiettivi specifici	6,56	6,04	6,06	6,77	5,93	6,03	6,06	6,17	6,41	5,77	5,56	5,8
<b>E3</b>	Tasso di infortuni dei dipendenti	<= vedi obiettivi specifici	3,61	3,42	3,60	3,48	3,53	3,40	4,25	4,31	3,12	3,47	2,12	mantenimento
<b>Farmaceutica</b>														
	Farmaceutica		Indicatori previsti dal settore competente											
<b>Percorso Oncologico</b>														
<b>C10.2.1</b>	% di interventi conservativi o nipple/skin sparing alla mammella sugli interventi per tumore maligno della mammella	Soglia volumi = 150; Standard >= 80% (=> vedi obiettivi specifici)	84,35	84,98	85,31	82,93	82,55	86,20	85,93	82,73	87,19			

Codice indicatore	Bozza Obiettivi 2017		AVNO	AVCE	AVSE	AUSL NO	AUSL CE	AUSL SE	AOU PISANA	AOU SENESE	AOU CAREGGI	AOU MEYER	Fond. Monasterio	ISPO
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<= 30 giorni						<= 30 giorni						
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<= 30 giorni						<= 30 giorni						
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<= 30 giorni						<= 30 giorni						
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<= 30 giorni						<= 30 giorni						
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	<= 30 giorni						<= 30 giorni						
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<= 30 giorni						<= 30 giorni						
C10.1.1	% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata							da definire						
C10.1.2	Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata							da definire						
C10.1.3	% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella							da definire						
C10.1.4	Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella							da definire						
<b>Prevenzione e sicurezza in ambienti di vita, alimenti, veterinaria e sicurezza sui luoghi di lavoro</b>														
F15.1.6	Cantieri ispezionati su cantieri notificati	Valore 2017 > Valore 2015						Valore 2017 > Valore 2015						
F15.1.7	Prodotti finiti 25- 26- 72 / unità locali	Valore 2017 > Valore 2015						Valore 2017 > Valore 2015						
F15.1.8	Aziende agricole controllate	Valore 2017 > Valore 2015						Valore 2017 > Valore 2015						
F16.9.1	Valutazione ed efficacia dei controlli ufficiali	33%						33%						
F16.9.2	Benessere in allevamento	95%						95%						
F16.3.3	Audit su stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale (stabilimenti latte)	>30%						>30%						
F16.3.4	Audit su stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale (stabilimenti Carne)	>30%						>30%						
F21.3	Studio Passi : Interviste	95%						95%						
F21.6	% esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	85%						85%						
<b>Obiettivi specifici per AOU</b>														
C33.2.1.u	Degenza media ricoveri per riparazione dell'Aneurisma dell'Aorta Addominale NON ROTTO, OPEN	<= vedi obiettivi specifici							6,74		10,70			
C33.2.2.u	Degenza media ricoveri per riparazione dell'Aneurisma dell'Aorta Addominale NON ROTTO, EVAR	<= vedi obiettivi specifici							2,81	5,50	5,00		5,55	
C33.12.1.u	Degenza media ricoveri per rivascolarizzazione carotidea: Endoarterectomia Carotidea (CEA)	<= vedi obiettivi specifici							2,43	4,95	4,10			
C33.12.2.u	Degenza media ricoveri per rivascolarizzazione carotidea: Stent Carotideo (CAS)	<= vedi obiettivi specifici							4,03	4,61	2,88		3,10	
C1.5.u	Indice di Case Mix	>= vedi obiettivi specifici							1,44	1,48	1,45		2,28	
C5.3	Percentuale prostatectomia transuretrale	>= vedi obiettivi specifici							87,39%	81,56%	75,86%			

#### **RISULTATO DI MIGLIORAMENTO:**

Per le AUSL e ISPO la valutazione del raggiungimento del **risultato di miglioramento** è associata alla riduzione della variabilità, per ciascun indicatore, nel seguente modo:

Caso 1 – L'indicatore migliora e si riduce la variabilità sarà assegnato un bonus del 5%. Ad esempio se l'indicatore migliora del 70% e riduce la variabilità all'interno dell'azienda allora riceverà il raggiungimento netto sarà di 73.5%;

Caso 2- L'indicatore migliora ma aumenta la variabilità il raggiungimento sarà decurtato del 10%. Ad esempio se l'indicatore migliora del 70% ma aumenta la variabilità, il raggiungimento netto sarà di 63%;

3- a chi peggiora viene assegnato 0.

#### **RISULTATO DI POSIZIONAMENTO:**

Per le AUSL, AOU, FM, DP, il **risultato di posizionamento** è valutato attraverso la media degli indicatori "radice" del Sistema di Valutazione (<http://performance.sssup.it/tosval>.) ovvero gli indicatori di sintesi che compaiono sul bersaglio.