



**Regione Siciliana**  
**Assessorato della Salute**

**OBIETTIVI 2014-2015**  
**DELLE AZIENDE SANITARIE SICILIANE**

**Sistema di valutazione**

**Luglio 2014**

**age.na.s.**



**AGENZIA NAZIONALE PER  
I SERVIZI SANITARI REGIONALI**

## Sommario

<b><u>STRUTTURA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE 2014-2015</u></b> .....	<b>3</b>
<b><u>OBIETTIVO 1: PAA</u></b> .....	<b>5</b>
<i>SUB-OBIETTIVO 1.1: REDAZIONE E APPROVAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE</i> .....	<i>6</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 1.2: REALIZZAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE</i> .....	<i>7</i>
<b><u>OBIETTIVO 2: ESITI</u></b> .....	<b>8</b>
<i>SUB-OBIETTIVO 2.1: TEMPESTIVITÀ INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI &gt; 65...</i>	<i>9</i>
<i>ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.1</i> .....	<i>11</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 2.2: RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREE</i> .....	<i>13</i>
<i>ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.2</i> .....	<i>14</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 2.3: TEMPESTIVITÀ NELL'EFFETTUAZIONE P.T.C.A. NEI CASI DI I.M.A. STEMI</i> .....	<i>17</i>
<i>ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.3</i> .....	<i>19</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 2.4: PROPORZIONE DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON DEGENZA POST-OPERATORIA ENTRO 0-3 GIORNI</i> .....	<i>22</i>
<i>ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.4</i> .....	<i>24</i>
<b><u>OBIETTIVO 3: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO</u></b> .....	<b>33</b>
<i>SUB OBIETTIVO 3.1: GESTIONE AUTONOMA DEI NUOVI FLUSSI</i> .....	<i>34</i>
<i>SUB OBIETTIVO 3.2: LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE SECONDO LA PROSPETTIVA DEL CITTADINO</i> .....	<i>35</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 3.3: MIGLIORAMENTO DELL'UTILIZZO DI DH E DAY SERVICE IN REGIME DI APPROPRIATEZZA</i> .....	<i>37</i>
<i>ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 3.3- RIDUZIONE DEI DH, TARGET PER AZIENDA</i> .....	<i>38</i>
<i>ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 3.3 -INCREMENTO DEI DAYSERVICE, TARGET PER AZIENDA</i> .....	<i>39</i>
<i>SUB OBIETTIVO 3.4: RISPETTO DEGLI STANDARD DI SICUREZZA DEI PUNTI NASCITA(PN)</i> .....	<i>40</i>
<i>SUB OBIETTIVO 3.5: REDAZIONE CONFORME E OMOGENEA DEI MODELLI LA 2014 E 2015</i> .....	<i>42</i>

## STRUTTURA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE 2014-2015

L'Assessorato della Salute Siciliano, grazie all'impegno profuso durante il periodo di vigenza dei Piani di Rientro, ha raggiunto nel 2012 l'equilibrio economico finanziario.

Riconoscendo questo obiettivo come necessario, ma non sufficiente, per garantire un miglioramento costante della qualità assistenziale prodotta, l'Assessorato ha deciso di continuare a gestire la propria attività di contenimento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale coerentemente a un Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (P.O.C.S) concordato con i Ministeri affiancanti per il triennio 2013/2015. Con tali premesse il sistema obiettivi oltre che rafforzare e dare continuità alle linee intraprese negli anni precedenti si dimensiona coerentemente con quanto presente nel suddetto Programma Operativo.

All'interno di questa cornice, assume particolare rilevanza il processo già avviato dall'Assessorato negli anni precedenti attraverso l'utilizzo dei Piani Attuativi Aziendali (de seguito PAA).

In concreto si vuole continuare a rafforzare lo strumento dei PAA riallineandoli da una parte con gli impegni che sono stati assunti con il nuovo Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (P.O.C.S) e dall'altra con le implementazioni al Piano Sanitario Regionale e sue possibili revisioni, in logica «rolling».

Con riferimento all'estensione temporale degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi si evidenzia quanto segue.

Essendo stati nominati i Direttori Generali nel mese di giugno, e quindi subentrati nella gestione delle rispettive Aziende a metà anno, l'Assessorato ha convenuto di ampliare il perimetro di validità degli obiettivi fino al 31/12/2015 venendo così a far coincidere la valutazione a diciotto mesi come da Legge 502 art. 3-bis, comma 6, con la durata degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di cui sono l'oggetto.

Oltre agli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, correlati al sistema di incentivazione e contenuti nel presente documento, si ricorda che nel contratto del Direttore Generale sono presenti obiettivi generali a valenza triennale. Con riferimento agli obiettivi generali, il cui eventuale non raggiungimento comporta la decadenza automatica dell'incarico ai sensi dell'art.20 comma 6 della L.r. n.5/09, oltre all'equilibrio di bilancio sono oggetto di valutazione i seguenti aspetti:

- Utilizzo delle risorse derivanti dai Fondi Europei (PO-FESR) nella misura dei target di spesa annualmente assegnati
- Contenimento della spesa riferita al personale, alla farmaceutica e a beni e servizi

- Il rispetto della direttiva "Flussi informativi" di cui al decreto interdipartimentale n°1174/08 del 30 maggio 2008
- Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in merito alla Libera Professione Intramuraria, i sensi della L. 120 del 3 agosto 2007.

In merito agli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, oggetto del sistema di incentivazione, sono definiti per il 2014 -2015 i seguenti tre macro-obiettivi:

1. PAA
2. Esiti
3. Progetti di miglioramento organizzativo

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 automatica dell'incarico ai sensi dell'art.20 comma 6 della L.r. n.5/09.

Si ricorda inoltre che per l'anno 2014 - 2015 la quota di mancato raggiungimento (in termini percentuali) degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi comporterà un corrispondente storno del budget assegnato per i suddetti obiettivi (es. un raggiungimento degli obiettivi al 70% comporterà uno storno del budget per obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi pari al 30%).

Qualora il raggiungimento di qualche obiettivo dovesse essere impedito da "cause" la cui eliminazione non fosse nelle responsabilità dirette dei Direttori Generali, 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 ritenuto consono, rimodulato.

**Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi verranno monitorati, oltre che alla chiusura del 31/12/2015, con cadenza trimestrale.**

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.

La valutazione finale del raggiungimento degli obiettivi verrà effettuata a seguito della chiusura del 31/12/2015 e l'esito comunicato alle Direzioni Strategiche Aziendali, le quali avranno tempo 10 gg. per richiedere l'eventuale contraddittorio e per inoltrare la documentazione atta a dimostrare l'eventuale raggiungimento degli obiettivi assegnati; l'amministrazione Assessoriale dovrà dare risposta a tale richiesta entro i successivi 30 gg.

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 e misurazione (criteri e indicatori), il valore atteso e il relativo punteggio.

<b>OBIETTIVO 1: PAA</b>	
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Redazione del documento di sintesi del Piano Attuativo Aziendale (PAA) per l'anno 2014 e l'anno 2015 in linea con le indicazioni relative alle priorità evidenziate dal POCS e dai LEA per gli anni in questione, integrate dalle azioni non concluse nel 2013.</p> <p>Il Piano 2014/2015 dovrà essere prodotto <b>entro e non oltre il 21 marzo 2014</b>, e aggiornato per le azioni di competenza 2015 <b>entro e non oltre il 28 febbraio 2015</b>.</p> <p>Le Aziende che operano nelle aree metropolitane dovranno produrre un unico documento di sintesi del Piano Attuativo di carattere provinciale come per gli anni precedenti.</p> <p>Ad approvazione ottenuta da parte dell'Assessorato le azioni indicate nei diversi capitoli diventeranno gli obiettivi PAA per l'anno 2014 e 2015.</p>
<b>PESO</b>	<b>48</b>
<b>NOTA</b>	<p>Il PAA deve essere considerato uno strumento di pianificazione flessibile in grado di rispondere in maniera efficace alle priorità e necessità strategiche e/o normative che possono intervenire nel corso dell'anno.</p> <p>Nelle more dell'approvazione della riorganizzazione della rete ospedaliera è stata rinviata, come indicato dall'Area Interdipartimentale 2 con nota prot. 44525, del 3 giugno 2014, la definizione dei capitoli relativi all'assistenza ospedaliera, al percorso nascita nella parte strutturale, nonché i capitoli relativi all'oncologia e alle neuroscienze.</p>

## SUB-OBIETTIVI E INDICATORI

<b>SUB-OBIETTIVO 1.1: Redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale</b>	
<b>Referente obiettivo: Area interdipartimentale 2 (dott.ssa Maria Grazia Furnari)</b>	
<b>DESCRIZIONE:</b> Predisposizione del PAA 2014/2015 e condivisione con l'Assessorato.	
<b>INDICATORE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Redazione e trasmissione del Piano Attuativo Aziendale al 21/03/2014</b></li> <li>▪ <b>Aggiornamento per l'anno 2015 entro il 28 febbraio 2015</b></li> </ul>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	Piano Attuativo consegnato
<b>SCALA</b>	SI/NO (0-1)
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 21/03/2014</li> <li>▪ 28/02/2015</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>3/48</b>

**SUB-OBIETTIVO 1.2: Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale.**

**Referente obiettivo: Area interdipartimentale 2 (dott.ssa Maria Grazia Furnari)**

Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal PAA per l'anno 2014 e 2015 (Programma annuale di attività). Ogni singola linea di attività deve riportare l'individuazione del responsabile dell'attuazione come indicato nelle schede allegate (ALLEGATO 1, SCHEDE PER LA GESTIONE DEL PAA)

<b>INDICATORE</b>	<b>Cfr. indicatori validati all'interno del documento di sintesi</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Cfr. valori obiettivo validati all'interno del documento di sintesi</b>
<b>SCALA</b>	<b>Cfr. scale validate all'interno del documento di sintesi</b>
<b>TRACKING</b>	Secondo cronoprogramma P.A.A.
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>45/48</b>

**OBIETTIVO 2: ESITI**

**DESCRIZIONE**

La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione per il 2011 e il 2012 e 2013 di obiettivi operativi misurabili tramite tre indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE).

Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il 2014 di continuare ad impiegare i tre indicatori utilizzati in precedenza aggiungendo un nuovo indicatore di attenzione:

- 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;
- 2.2 Parti cesarei:** riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;
- 2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI:** tempestività di esecuzione di Trombolisi 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;
- 2.4 Colecistectomia 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.

**PESO ASP e AO**

**24**



## SUB-OBIETTIVI E INDICATORI

### SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

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

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.

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 (quindi entro un intervallo ricovero/intervento di 0-2 giorni\* - cfr Note).

<b>INDICATORE</b>	<b>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).</b> <b>(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>100%</b>
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 40% definibile come valore zero della scala di misura. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (40%), 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.
<b>TRACKING</b>	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.
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>6/24</b>

<b>NOTE</b>	<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 2014/2015 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. A riguardo si farà riferimento al flusso RAD-ESITO, che viene individuato come sub-obiettivo nell'ambito dell'area flussi informativi, per i periodi successivi all'anno 2013, purchè lo stesso garantisca sufficienti caratteristiche di copertura e qualità.</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>
-------------	--

## **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 2014 – 31 dicembre 2014;
- 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 2014 ed il 31 dicembre 2014.

##### Criteri 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 ≤ 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 per parto	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 mai 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

<b>SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei</b>	
<b>Referente obiettivo: DASOE - Servizio 7 (dott. Salvatore Scodotto)</b>	
La Regione Siciliana è riuscita nell'ultimo triennio 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.	
<b>INDICATORE</b>	<b>Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne (con nessun progresso cesareo)*</b> (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	≤ 20%
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale dell'anno precedente (28,9%) 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.
<b>TRACKING</b>	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.
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>6/24</b>
<b>NOTE</b>	* 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 2014 e il 31 dicembre 2014;
- 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 2014 e il 31 dicembre 2014 (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].

#### Identificazione di potenziali fattori di rischio per il cesareo

Tra i potenziali fattori di rischio per il cesareo, utilizzabili ai fini del *risk adjustment*, 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
Iperensione 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: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI**

**Referente obiettivo: DASOE - Servizio 7 (dott. 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 (data) a quello del ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI (quindi entro un intervallo massimo ricovero/intervento di 0-1 giorno).

<b>INDICATORE</b>	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 su pazienti residenti della provincia. (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	100%
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente alla media dell'anno precedente (74,20%) 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.
<b>TRACKING</b>	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.
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	6/24

<b>NOTE</b>	<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. Per l'anno 2014/2015 tuttavia si continua a fare ricorso all'indicatore proxy <i>intervallo 0-1 giorno</i> in quanto il flusso informativo SDO non contiene informazione sul tempo espresso in minuti. A riguardo si farà riferimento al flusso RAD-ESITO, che viene individuato come sub- obiettivo nell'ambito dell'area flussi informativi, per i periodi successivi all'anno 2013, qualora lo stesso garantirà sufficienti caratteristiche di copertura e qualità.</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**

### **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 2014 – 31 dicembre 2014;
- 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, in regime ordinario, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2014 ed il 31 dicembre 2014, 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**

411  
413  
414  
423.0  
426

#### **Condizione**

Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica  
Angina pectoris  
Altre forme di cardiopatia ischemica cronica  
Emopericardio  
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
Iperensione 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
Cardiopatía 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
Altro cateterismo venoso		
	38.93	

**SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 0-3 giorni**

**Referente obiettivo: DASOE - Servizio 7 (dott. 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.

<b>INDICATORE</b>	<b>Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.*</b> <b>(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>100%</b>
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 50e il 100%. 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.
<b>TRACKING</b>	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.
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>6/24</b>

<b>NOTE</b>	<p>*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.</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 2.4**

### **COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: DEGENZA POST-OPERATORIA ENTRO 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 2014 – 31 dicembre 2014;
- 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**

###### *Criteri di eleggibilità*

Tutti i ricoveri, in regime ordinario per acuti, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2014 ed il 31 dicembre 2014, 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).

###### *Criteri 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 (IDC-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-CM procedura**

**Descrizione**

Interventi sullo stomaco

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

Interventi su duodeno e intestino tenue

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
<b><u>Interventi sul fegato</u></b>	
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
<b><u>Interventi sul pancreas</u></b>	
52.22	Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico
52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatica
52.4	Drenaggio interno di cisti pancreatica
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
<b><u>Interventi per ernia parete addominale</u></b>	
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
<b><u>Interventi sul peritoneo</u></b>	
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
<b><u>Interventi su intestino crasso</u></b>	

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
<b><u>Altri interventi addominali</u></b>	
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 entro 3 (0-3) 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**

574.20

**Descrizione**

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 +	Ostruzione del dotto biliare +

(574.20 o 574.50 o 574.90) 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

575.0 + 574.50	ostruzione
575.1 + 574.50	Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
574.60	Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
574.70	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.80	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
	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	

Interventi sullo stomaco e  
duodeno

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: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO**

<p><b>DESCRIZIONE</b></p>	<p>Per gli anni 2014/2015 i progetti di miglioramento organizzativo sono 5. Tali obiettivi fanno riferimento sostanzialmente ad azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico per portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie. Gli obiettivi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 - Gestione autonoma dei nuovi flussi</li> <li>3.2 - Valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino</li> <li>3.3 - Incremento dell'utilizzo dei "Day Service" in regime di appropriatezza</li> <li>3.4 - Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita</li> <li>3.5 - Redazione conforme e omogenea dei modelli LA</li> </ul> <p>Il macro obiettivo presenta un peso pari a 28 punti. Sono attribuiti 5 punti per ogni sub-obiettivo, eccettuato l'obiettivo 3.5(8 punti).</p>
<p><b>PESO</b></p>	<p><b>28</b></p>

**SUB-OBIETTIVI E INDICATORI**

<b>SUB OBIETTIVO 3.1: Gestione autonoma dei nuovi flussi</b>	
<b>Referente obiettivo: DPS – Area Int. 4 (dott. Sergio Buffa)</b>	
L'obiettivo richiede che le Aziende sviluppino e implementino un progetto che le porti alla piena autosufficienza gestionale dei nuovi flussi regionali istituiti nell'ambito dell'attuazione delle disposizioni contenute nell'art.79, comma 1-sexies, lettera c), del D.L n. 112/2008, convertito con Legge n. 133/2008	
<b>INDICATORE</b>	1) <b>Consegna del progetto di autosufficienza all'Assessorato della Salute entro il 31/12/2014</b> 2) <b>Piena attuazione delle azioni contenute nel progetto secondo crono programma entro il 31/12/2015</b>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	1) Progetto consegnato entro il 31/12/2014 2) Tutte le azioni implementate entro il 31/12/2015
<b>SCALA</b>	1) <b>SI/NO (0-1)</b> 2) <b>SI/NO (0-1)</b>
<b>TRACKING</b>	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.
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>5/28</b>

**SUB OBIETTIVO 3.2: La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino**

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

La Regione Siciliana ha aderito al progetto in oggetto Agenas – Ministero della Salute con l'obiettivo di realizzare una valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero della Regione, attraverso una metodologia che è già stata sperimentata e validata con successo nel 2011 e del 2012 in 16 Regioni e 54 strutture ospedaliere tra le quali due siciliane.

Il percorso ha un duplice valore: contribuire alla costruzione di un più ampio sistema per la valutazione dell'assistenza sanitaria e favorire la partecipazione competente, attiva e consapevole dei cittadini.

Il progetto si sviluppa su un arco di tempo triennale. Per ciascun anno di attività saranno evidenziati gli obiettivi annuali declinati a livello trimestrale.

Per il 2014 (31/12) le aziende dovranno realizzare la valutazione di tutte le strutture di ricovero dell'Azienda Sanitaria secondo la checklist e la metodologia prevista dal progetto.

La matrice della struttura di valutazione scompone progressivamente il concetto di "umanizzazione", da un livello più generale a un livello più dettagliato, fino all'individuazione dei singoli item. Complessivamente la valutazione comprende 4 aree, 12 sub-aree, 29 criteri di valutazione e 144 item.

Le aree oggetto di valutazione sono:

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
2. accessibilità fisica, vivibilità e confort dei luoghi di cura;
3. accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
4. cura della relazione con il paziente/cittadino.

Per il 2015 le Aziende dovranno, a fronte del processo realizzato l'anno precedente, produrre e attuare il piano di miglioramento organizzativo.

<p><b>INDICATORI</b></p>	<p>1) indicatore: realizzazione completa della prima valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero utilizzando gli strumenti e la metodologia del progetto di ricerca corrente Agenas.</p> <p>Per l'attribuzione del SI la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero dovrà essere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Aderente</u> alla metodologia del progetto;</li> <li>2. <u>Completa</u>: la checklist deve essere compilata in tutte le sue parti (aree, sub-aree, criteri di valutazione, item);</li> <li>3. <u>Accurata</u>: la checklist deve essere compilata accuratamente in tutte le sue parti</li> <li>4. <u>Globale</u>: la checklist deve essere compilata in tutte le strutture di ricovero presenti nell'azienda; nei casi in cui ci sia una struttura di ricovero che riunisce più strutture (stabilimenti), deve essere compilata una Checklist per ogni sub-struttura o stabilimento che partecipa alla rilevazione. Gli ospedali a "padiglioni" sono considerati come un'unica struttura di ricovero.</li> </ol> <p>2) indicatore: realizzazione piano di miglioramento sugli item non soddisfatti</p>
<p><b>VALORI OBIETTIVO</b></p>	<p>1) SI (2014) 2) SI (2015)</p>
<p><b>SCALA</b></p>	<p>1)SI/NO (2014) 2)SI/NO (2015)</p>
<p><b>TRACKING</b></p>	<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>
<p><b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b></p>	<p><b>5/28</b></p>

**SUB-OBIETTIVO 3.3: Miglioramento dell'utilizzo di DH e Day Service in regime di appropriatezza**

**Referente obiettivo: Area Interdipartimentale 4 (dott. Sergio Buffa)**

Ai fini dell'adempimento LEA F.2.1 "Assistenza ospedaliera", la Regione Siciliana nel corso del 2013 ha ampliato il numero delle PACC/DRG erogabili nel setting assistenziale Day Service, da considerare alternativo ai ricoveri in DH. In particolare, il DayService è un modello di erogazione delle prestazioni che consente di affrontare problemi clinici di tipo diagnostico e/o terapeutico in pazienti stabili che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse che non richiedono sorveglianza o osservazione medica/infermieristica prolungata. L'obiettivo ha dunque la finalità di ridurre il ricorso a prestazioni in DH, laddove non appropriate, a favore di un incremento delle prestazioni erogate in regime di Day Service. I valori obiettivo sono calcolati a partire dai dati consolidati riferiti all'anno 2013.

<b>INDICATORE</b>	<b>3.5.1 Riduzione dei DH*(cfr. note)</b> Totale DH /Tot ricoveri ordinari +DH	
	<b>3.5.2 Incremento del Day Service**(cfr. note)</b> Totale Day Service/Tot ricoveri ordinari +DH + Day Service	
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>3.5.1 Riduzione dei DH</b> Valori obiettivo declinati per Azienda al 31/12/2014 e al 31/12/2015 (cfr. Allegato) <i>(Si precisa che, al fini del mantenimento del tasso di ospedalizzazione, i ricoveri ordinari non possono aumentare)</i>	
	<b>3.5.2 Incremento del Day Service</b> Valori obiettivo declinati per Azienda 31/12/2015 (cfr. Allegato)	
<b>SCALA</b>	<b>3.5.1 Riduzione dei DH</b> SI/NO	
	<b>3.5.2Incremento dei Day Service</b> SI/NO	
<b>TRACKING</b>	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.	
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	5/28	<b>3.5.1 Riduzione dei DH</b> 2,5
		<b>3.5.2Incremento dei Day Service</b> 2,5
<b>NOTE</b>	* Ricoveri ordinari e DH acuti e post acuti (escluso solo cod. 31 e 99) **Solo ricoveri acuti (esclusi i reparti cod. 31, 99, 60, 28, 56 e 75)	

**ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 3.3- Riduzione dei Dh, target per Azienda**

Azienda	Totale Ordinari 2013	Totale Dh 2013	% Dh 2013	Indicatore 2014: % di riduzione del valore della colonna "%Dh 2013"	Indicatore 2015: % di riduzione del valore della colonna "%Dh 2013"
190201-ASP AG	32.743	12.101	26,98%	10%	20%
190202-ASP CL	24.787	10.499	29,75%	10%	20%
190203-ASP CT	57.807	18.203	23,95%	5%	10%
190204-ASP EN	16.532	7.782	32,01%	20%	30%
190205-ASP ME	46.060	13.468	22,62%	5%	10%
190206-ASP PA	70.662	20.573	22,55%	5%	10%
190207-ASP RG	31.710	12.961	29,01%	10%	20%
190208-ASP SR	37.786	14.449	27,66%	10%	20%
190209-ASP TP	31.557	10.453	24,88%	5%	10%
190921-AO Cannizzaro	20.248	6.294	23,71%	5%	10%
190922-ARNAS Garibaldi	22.363	9.910	30,71%	20%	30%
190923-Policlinico CT	28.058	22.808	44,84%	30%	40%
190924-Ospedale Riuniti Papardo Piemonte	14.205	5.855	29,19%	10%	20%
190925-Policlinico ME	18.836	9.624	33,82%	20%	30%
190926-A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello	21.217	9.805	31,61%	20%	30%
190927-Arnas Civico	27.082	9.019	24,98%	5%	10%
190928-Policlinico PA	18.045	8.736	32,62%	20%	30%

**ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 3.3 -Incremento dei DayService, target per Azienda**

Azienda	Totale Ordinari 2013	Totale Dh 2013	Totale SDAO 2013	Indicatore 2013	Indicatore 2015: % di incremento del valore della colonna "Indicatore 2013"
190201-ASP AG	32.408	11.608	9.788	18,19%	10%
190202-ASP CL	23.928	10.353	6.070	15,04%	10%
190203-ASP CT	51.480	16.768	11.350	14,26%	20%
190204-ASP EN	15.427	7.616	3.187	12,15%	20%
190205-ASP ME	43.554	13.462	15.060	20,89%	mantenimento
190206-ASP PA	68.066	20.349	20.288	18,66%	10%
190207-ASP RG	30.638	12.918	8.815	16,83%	10%
190208-ASP SR	36.327	14.448	8.646	14,55%	20%
190209-ASP TP	30.930	10.443	7.413	15,19%	10%
190921-AO Cannizzaro	20.196	5.927	1.853	6,62%	30%
190922-ARNAS Garibaldi	22.363	9.732	4.065	11,24%	20%
190923-Policlinico CT	28.032	22.735	6.212	10,90%	20%
190924-Ospedale Riuniti Papardo Piemonte	13.976	5.855	2.045	9,35%	30%
190925-Policlinico ME	18.659	9.154	2.798	9,14%	30%
190926-A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello	20.831	9.740	3.070	9,13%	30%
190927-Amas Civico	26.969	9.019	5.575	13,41%	20%
190928-Policlinico PA	17.965	8.511	6.026	18,54%	10%

**SUB OBIETTIVO 3.4: Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita(PN)**

**Referente obiettivo: DPS – Servizio 4 (dott. ssa Rosalia Murè)  
DASOE – Servizio 5 (dott. Giuseppe Murolo)**

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.

<b>INDICATORE</b>	<p><b>Nei PN (senza UTIN) :</b></p> <p>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)</p> <p>2) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita</p> <p><b>Nei PN (con TIN)</b></p> <p>3) Formalizzazione di un documento su modello proposto da Assessorato con i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (62), comprensivo degli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione</p> <p>4) Elaborazione di un Report di monitoraggio con gli indicatori del documento di cui al punto 3, con i risultati relativi al quarto trimestre per la validazione del processo e la definizione della baseline</p> <p>5) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730)</p>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<p>1) 0 (Fonte: SDO)</p> <p>2) &lt; 10% (rispetto alla media degli anni 2012/2013; Fonte SDO)</p> <p>3) SI</p>



	<p>4) SI</p> <p>5) &lt; 15% dei dimessi complessivi della U.O. di neonatologia (2014) &lt;10% (2015).</p>
<b>SCALA</b>	<p>1. 0 - 1</p> <p>2. 0 - 1</p> <p>3. Si/No</p> <p>4. Si/No</p> <p>5. 0 - 1</p>
<b>TRACKING</b>	<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>
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>5/28</b>

**SUB OBIETTIVO 3.5: Redazione conforme e omogenea dei modelli LA 2014 e 2015**

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

Con riferimento a quanto previsto dal d.lgs. 118/2011 che contempla che il modello LA sia inserito nella relazione sulla gestione, a livello aziendale e regionale, l'obiettivo vuole produrre un miglioramento della qualità nella compilazione del modello LA attraverso la valutazione su alcuni punti di attenzione relativi al consuntivo LA 2014 e al preconsuntivo LA 2015, ed in particolare in relazione a:

- Il controllo puntuale dei costi relativi ad alcune celle con quelli rilevati in altri flussi informativi
- La completezza dell'articolazione dei costi per i vari sub-livelli assistenziali di pertinenza

INDICATORE	Completa e corretta compilazione modello LA
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<p><u>AL 31.07.2015 (dati 2014)</u></p> <p>Compilazione e completezza rilevazione costi dei sub-livelli assistenziali di pertinenza dell'azienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ celle modello LA con dati ricavabili automaticamente da flussi già esistenti (celle con controllo puntuale).</li> <li>▪ totali carenze di riga</li> <li>▪ carenze di colonne per le righe rilevate</li> </ul> <p><u>AL 29.02.2016 (dati preconsuntivo 2015)</u></p> <p>Compilazione e completezza rilevazione costi dei sub-livelli assistenziali di pertinenza dell'azienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ celle modello LA con dati ricavabili automaticamente da flussi già esistenti (celle con controllo puntuale).</li> <li>▪ totali carenze di riga</li> <li>▪ carenze di colonne per le righe rilevate</li> </ul>

<b>SCALA</b>	<p>Compilazione modello LA con costi attribuiti alle celle con controllo puntuale coerenti con i flussi informativi, con margine tolleranza +/- 10%:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ punteggio pieno nel caso di coerenza per tutte le celle;</li> <li>▪ punteggio a scalare in caso di non coerenza di una o più celle (0 in caso non coerenza per tutte le celle);</li> </ul> <p>Modello LA completo delle righe di pertinenza, e al loro interno, delle celle che le compongono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ punteggio pieno nella rilevazione completa;</li> <li>▪ punteggio a scalare in caso di non rilevazione di costi nelle righe/celle carenti (o di rilevazione di costi in righe non di pertinenza);</li> <li>▪ peso righe pari a 5 volte quello delle celle;</li> <li>▪ punteggio 0 in caso non rilevazione costi in nessuna riga e cella carente nel 2014.</li> </ul>
<b>TRACKING</b>	<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>
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>8/28</b>



ASSESSORATO  
REGIONALE DELLA  
SALUTE

agenas.



AGENZIA NAZIONALE PER  
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

---

**Sistema obiettivi 2014-2015**

**Direzioni Generali**

**Aziende Sanitarie Siciliane**

*Palermo, 1 luglio 2014*

---

**SISTEMA OBIETTIVI 2014-2015****Premessa:**

L'Assessorato della Salute Siciliano, grazie all'impegno profuso durante il periodo di vigenza dei Piani di Rientro, ha raggiunto nel 2012 l'equilibrio economico finanziario.

Riconoscendo questo obiettivo come necessario, ma non sufficiente, per garantire un **miglioramento costante della qualità assistenziale prodotta**, l'Assessorato ha deciso di continuare a gestire la propria attività di contenimento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale coerentemente a un Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (P.O.C.S) concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze per il triennio 2013/2015.

Con tali premesse, il sistema obiettivi, oltre che rafforzare e dare continuità alle linee programmatiche perseguite negli anni precedenti, si dimensiona coerentemente con quanto presente nel P.O.C.S e nelle eventuali revisioni del Piano Sanitario Regionale, articolando il **sistema** secondo una **logica «rolling» per il triennio 2014 -2016**, **declinato su livelli di raggiungimento annuali.**

**SISTEMA OBIETTIVI 2014-2015****Premessa (segue):**

- Il sistema si articola su due categorie di obiettivi:
- Gli **obiettivi contrattuali generali** sono riferiti al mandato di DG che, se non raggiunti, ai sensi dell'art.20 commi 4 e 6 della l.r. n. 5/09, sono oggetto di decadenza automatica.
- Gli **obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi** sono correlati all'**attribuzione della indennità**, che verrà corrisposta in proporzione al livello di raggiungimento degli stessi.
- Per ogni Azienda viene assegnato dall'Assessore al Direttore Generale un **obiettivo specifico** contestualizzato alla realtà aziendale di competenza il cui conseguimento sarà pregiudiziale sia alla sua conferma a 18 mesi sia all'accesso al sistema di valutazione correlato alla premialità.

## ARCHITETTURA OBIETTIVI

**Contrattuali generali**  
*(pena decadenza)*

- Equilibrio di bilancio
- Fondi PO-FESR
- Contenimento spesa
- Direttiva Flussi informativi e s.m.i.
- Osservanza disposizioni ALPI
- $\geq 60\%$  obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi

Obiettivi  
Assessore

- PAA
- Esiti (4 sub-obiettivi)
- 5 Progetti di miglioramento gestionale (5 sub-obiettivi)

**Contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi**  
*(Incentivazione di risultato)*

**Storno del budget proporzionale alla percentuale di mancato raggiungimento obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi**

**I dati di riferimento per la valutazione degli obiettivi presentano target di raggiungimento specifici per ciascuna Azienda Sanitaria**

**SISTEMA OBIETTIVI 2014-2015****Premessa - segue :**

Essendo i Direttori Generali nominati nel mese di luglio 2014, e quindi subentranti nella gestione delle rispettive Aziende a metà anno, l'Assessorato ha convenuto di ampliare il perimetro di validità degli obiettivi fino al 31/12/2015 venendo così a far coincidere la valutazione a diciotto mesi come da Legge 502 art. 3-bis, comma 6 con la durata degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di cui sono l'oggetto.

Gli obiettivi verranno verificati oltre che alla chiusura del 31/12/2015 attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas con periodicità trimestrale e attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso.

Nel caso in cui il raggiungimento di qualche obiettivo, dovesse essere favorito o impedito da "cause" indipendenti dalle responsabilità dirette delle Direzioni Generali, e che ciò sia documentalmente certificato e direttamente verificato, l'obiettivo verrà rivisto dall'Assessorato e nel caso rimodulato.



**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI 2014 - 2016**

**OBIETTIVI CONTRATTUALI – GENERALI**

<p><b>Equilibrio di Bilancio</b></p>	<p>Raggiungimento <u>annuale</u> per ogni Azienda dell'equilibrio economico di bilancio, valutato attraverso il pre-consuntivo, in relazione alle risorse negoziate con l'Assessorato tenendo conto anche dello <b>storno del budget</b> funzioni correlato alla quota obiettivi non raggiunta. Per il 2014 la valutazione verrà effettuata tenendo conto del periodo di competenza del DG. A tal fine il CE del I semestre verrà ratificato dal Collegio Sindacale dell'Azienda.</p>
<p><b>PO - FESR</b></p>	<p>Utilizzo, da intendersi come trasmissione delle fatture quietanzate nella data indicata propedeutica alla certificazione, delle risorse derivanti dai fondi europei nella misura dei target di spesa <u>annualmente</u> assegnati a ogni Azienda.</p>
<p><b>Contenimento della spesa</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>PERSONALE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rispetto per ogni azienda del tetto di spesa <u>annuale</u> determinato ai sensi della legge 135/12.</li> <li>▪ Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>BENI e SERVIZI:</b> rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>RISPETTO TETTI DI SPESA</b> che discendono da interventi normativi specifici, nazionali e/o regionali e/o da disposizioni assessoriali</p> <p><input type="checkbox"/> <b>ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE E OSPEDALIERA:</b> rispetto delle risorse negoziate annualmente in ciascuno dei tre anni del mandato</p>

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI 2014 - 2016**
**OBIETTIVI CONTRATTUALI – GENERALI (segue)**

<p><b><i>Direttiva Flussi Informativi e s.m.i</i></b></p>	<p>Rispetto della direttiva «flussi informativi», di cui al decreto interministeriale n. 1174/08 del 30/05/2008 e successivi aggiornamenti e integrazioni, compresi i flussi di nuova istituzione, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alle procedure di certificazione (congruità) e alla qualità dei flussi con percentuale di scarti non superiore all'1% dei record trasmessi.</p>
<p><b><i>Libera professione intramuraria</i></b></p>	<p>Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in merito alla libera professione intramuraria ai sensi della L. 120 del 3 agosto 2007 e s.m.i.. Entro il 15/12/2014 ogni Azienda dovrà presentare la programmazione e il relativo bilancio di previsione per l'attività di libera professione intramuraria (ALPI) per il 2015. Nel 2015 verrà monitorato e valutato il rispetto di tale programmazione.</p>

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI  
2014 -2015 (Parte 1)**

**OBIETTIVI SPECIFICI DELL'ASSESSORE**

<b>ASP AG</b>	Superamento non conformità Banca Cordonale
<b>ASP CL</b>	Misure di prevenzione e tutela ambientale
<b>ASP CT</b>	Implementazione del modello dipartimentale interaziendale per gli aspetti amministrativo-gestionali
<b>ASP EN</b>	Attivazione Centro di riabilitazione
<b>ASP ME</b>	Eradicazione brucellosi e riorganizzazione settore veterinario
<b>ASP PA</b>	Realizzazione PTA pediatrico Casa del Sole entro un anno dal contratto
<b>ASP RG</b>	Partecipazione al modello sperimentale Ospedale per intensità di cure
<b>ASP SR</b>	Rifunionalizzazione Ospedale Noto-Avola
<b>ASP TP</b>	Messa in sicurezza Ospedale di Pantelleria e partecipazione al modello sperimentale Ospedale per intensità di cure
<b>ARNAS PA</b>	Realizzazione CEMI
<b>AOR VS-C (PA)</b>	Organizzazione del pronto soccorso e miglioramento comfort sale di attesa
<b>AOUP PA</b>	Cardiochirurgie di emergenza
<b>ARNAS CT</b>	Reingegnerizzazione della struttura organizzativa aziendale in funzione della vocazione oncologica
<b>AO CANN. (CT)</b>	Reingegnerizzazione della struttura organizzativa aziendale in funzione dell'emergenza
<b>AOUP CT</b>	Ultimazione lavori Ospedale S. Marco entro un anno dal contratto e Pronto Soccorso Policlinico
<b>AOR P-P (ME)</b>	Punto nascita unico e messa in sicurezza e riorganizzazione Ospedale Piemonte
<b>AOUP ME</b>	Riorganizzazione Pronto Soccorso e messa in sicurezza area materna infantile

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI  
2014 -2015**

**OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO**

<b>Obiettivo</b>	<b>Tipo</b>	<b>Articolazione</b>	<b>Peso</b>
<b>1</b>	PAA 2014	Articolato in azioni e obiettivi nei 15 capitoli del PAA	<b>48</b>
<b>2</b>	Esiti	Articolato in 4 sub-obiettivi	<b>24</b>
<b>3</b>	Progetti di miglioramento organizzativo	Articolato in 5 progetti e relativi sub-obiettivi	<b>28</b>
<b>Totale</b>			<b>100</b>

## SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2014 -2015

### OBIETTIVO 1: PAA

#### *Referente obiettivo: Area interdipartimentale 2*

Redazione del documento di sintesi del Piano Attuativo Aziendale (PAA) per l'anno 2014 e l'anno 2015 in linea con le indicazioni relative alle priorità evidenziate dal POCS e dai LEA per gli anni in questione, integrate dalle azioni non concluse nel 2013.

Il Piano 2014/2015 dovrà essere prodotto entro e non oltre il **21 marzo 2014**, e aggiornato entro e non oltre il **28 febbraio 2015**.

Le aziende che operano nelle aree metropolitane dovranno produrre un unico documento di sintesi del Piano Attuativo di carattere provinciale come per gli anni precedenti.

Ad approvazione ottenuta da parte dell'Assessorato le azioni indicate nei diversi capitoli diventeranno gli obiettivi PAA per l'anno 2014.

**PESO  
ASP e AO**

**48**

**NOTA**

Il PAA deve essere considerato uno strumento di pianificazione flessibile in grado di rispondere in maniera efficace alle priorità e necessità strategiche e/o normative che possono intervenire nel corso dell'anno.

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI  
2014 - 2015**

**OBIETTIVO 1: PAA e POCS 2014**

<i>Sub - obiettivo</i>	<i>Titolo</i>	<i>Tracking</i>	<i>Peso</i>
1.1	Redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11/04/2014</li> <li>• 28/02/2015</li> </ul>	3
1.2	Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale	31/12/2015	45
<b>Totale</b>			<b>48</b>

Il Piano approvato presenterà per ciascun intervento il relativo peso e sistema di misurazione (indicatore, parametro, scala, valore atteso intermedio e finale) In seguito alla validazione dello stesso da parte dell'Assessorato saranno comunicati i punteggi attribuiti a ciascuno dei 15 capitoli del PAA.

## SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2014 - 2015

### OBIETTIVO 2: ESITI

#### Referente obiettivo: DASOE Servizio 7

La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione, già dal 2011, di obiettivi operativi misurabili tramite tre indicatori di esito. Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il 2014 di integrarli con un quarto indicatore :

**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 48 h dall'ingresso in PS.

**2.2 Parti cesarei:** riduzione dell'incidenza in percentuale dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate.

**2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI:** tempestività di esecuzione di Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ingresso in PS) di 0-1 giorno.

**2.4 Colectomia laparoscopica:** proporzione di colecistomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.

**PESO ASP e AO**

**24**

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI**

2014 - 2015

**OBIETTIVO 2: ESITI**

<i>Sub - obiettivo</i>	<i>Titolo</i>	<i>Valore obiettivo</i>	<i>Peso</i>
<b>2.1</b>	Frattura femore over 65 anni	100%	6
<b>2.2</b>	Riduzione parti cesarei primipari	≤20%	6
<b>2.3</b>	PTCA IMA-STEMI	100%	6
<b>2.4</b>	Colecistectomia laparoscopica	100%	6
<b>Totale</b>			<b>24</b>



**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI****2014 – 2015****OBIETTIVO 3: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO GESTIONALE**

Per gli anni 2014/2015 i progetti di miglioramento organizzativo sono 5. Tali obiettivi fanno riferimento sostanzialmente ad azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico per portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie. Gli obiettivi sono:

- 3.1 Gestione autonoma dei nuovi flussi
- 3.2 Valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino
- 3.3 Incremento dell'utilizzo dei "Day Service" in regime di appropriatezza
- 3.4 Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
- 3.5 Redazione conforme e omogenea dei modelli LA

**28****PESO ASP e AO**

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI**

2014 - 2015

**OBIETTIVO 3 - PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO**

<i>Sub - obiettivo</i>	<i>Titolo</i>	<i>Referente</i>	<i>Peso</i>
3.1	Gestione autonoma dei nuovi flussi	Area Interdipartimentale 4	5
3.2	La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino	Servizio 5 (DASOE)	5
3.3	Incremento dell'utilizzo dei "Day Service" in regime di appropriatezza	Area Interdipartimentale 4	5
3.4	Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita	Servizio 4 (DPS) Servizio 5 (DASOE)	5
3.5	Redazione conforme e omogenea dei modelli LA	Servizio 5 (DPS)	8
<b>Totale</b>			<b>28</b>

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI  
2014 - 2015**

**SUB-OBIETTIVO 3.1: Gestione autonoma dei nuovi flussi**

**Referente obiettivo: Area Interdipartimentale 4**

<p><b>DESCRIZIONE</b></p>	<p>L'obiettivo richiede che le Aziende sviluppino e implementino un progetto che le porti alla piena autosufficienza gestionale dei nuovi flussi regionali istituiti nell'ambito dell'attuazione delle disposizioni contenute nell'art.79, comma 1-sexies, lettera c), del D.L n. 112/2008, convertito con Legge n. 133/2008</p>
<p><b>PESO ASP e AO</b></p>	<p><b>5</b></p>

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI****2014 - 2015****SUB-OBIETTIVO 3.2: La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino****Referente obiettivo: DASOE Servizio 5**

La Regione Siciliana ha aderito al progetto in oggetto Agenas – Ministero della Salute con l'obiettivo di realizzare una valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero della Regione, attraverso una metodologia che è già stata sperimentata e validata con successo nel 2011 e del 2012 in 16 Regioni e 54 strutture ospedaliere tra le quali due siciliane.

Il percorso ha un duplice valore: contribuire alla costruzione di un più ampio sistema per la valutazione dell'assistenza sanitaria e favorire la partecipazione competente, attiva e consapevole dei cittadini.

Il progetto si sviluppa su un arco di tempo triennale. Per ciascun anno di attività saranno evidenziati gli obiettivi annuali declinati a livello trimestrale.

Per il 2014 (31/12) le aziende dovranno realizzare la valutazione di tutte le strutture di ricovero dell'Azienda Sanitaria secondo la checklist e la metodologia prevista dal progetto.

Le aree oggetto di valutazione sono:

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
2. accessibilità fisica, vivibilità e confort dei luoghi di cura;
3. accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
4. cura della relazione con il paziente/cittadino.

**DESCRIZIONE****PESO ASP e AO****5**

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI  
2014 - 2015**

**SUB-OBIETTIVO 3.3: Incremento dell'utilizzo dei Day Service in regime di appropriatezza**

**Referente obiettivo: Area Interdipartimentale 4**

Ai fini dell'adempimento LEA F.2.1 "Assistenza ospedaliera", la Regione Siciliana nel corso del 2013 ha ampliato il numero delle PACC/DRG erogabili nel setting assistenziale Day Service, da considerare alternativo ai ricoveri in DH. In particolare, il Day Service è un modello di erogazione delle prestazioni che consente di affrontare problemi clinici di tipo diagnostico e/o terapeutico in pazienti stabili che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse che non richiedono sorveglianza o osservazione medica/infermieristica prolungata. L'obiettivo ha dunque la finalità di ridurre il ricorso a prestazioni in DH, laddove non appropriate, a favore di un incremento delle prestazioni erogate in regime di Day Service. I valori obiettivo sono calcolati a partire dai dati consolidati riferiti all'anno 2013.

**DESCRIZIONE**

**PESO ASP e AO**

**5**

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI**

2014 - 2015

**SUB-OBIETTIVO 3.4: Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita****Referente obiettivo: DPS Servizio 4; DASOE Servizio 5**

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

**DESCRIZIONE****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.

**PESO ASP e AO****5**

**SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI****2014 - 2015****SUB-OBIETTIVO 3.5: Redazione conforme e omogenea dei modelli LA 2014****Referente obiettivo: DPS Servizio 5**

Con riferimento a quanto previsto dal d.lgs. 118/2011 che contempla che il modello LA sia inserito nella relazione sulla gestione, a livello aziendale e regionale, l'obiettivo vuole produrre un miglioramento della qualità nella compilazione del modello LA attraverso la valutazione su alcuni punti di attenzione relativi al consuntivo LA 2014 e al preconsuntivo LA 2015, ed in particolare in relazione a:

- Il controllo puntuale dei costi relativi ad alcune celle con quelli rilevati in altri flussi informativi
- La completezza dell'articolazione dei costi per i vari sub-livelli assistenziali di pertinenza

**PESO ASP e AO****8**

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di**

**PIANO ATTUATIVO AZIENDALE**  
**anno 2014/2015**

# **Scheda Interventi**

## **Capitolo 1**













