

OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE ALLE AZIENDE OSPEDALIERE PER L'ANNO 2012

Obiettivo: Gestione del paziente cronico	
<p>Al fine di rafforzare la continuità assistenziale nella gestione dei pazienti con patologie croniche prioritarie, si chiede di dare sviluppo alla "dimissione facilitata" per i target prioritari (Scompenso cardiaco e Diabete mellito di tipo 2) con monitoraggio dei relativi dati sia nel caso dei ricoveri sia nel caso degli accessi al Pronto Soccorso.</p>	
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> NUMERO PAZIENTI RICOVERATI PER I TARGET PRIORITARI DIMESSI CON PROCEDURA DI "DIMISSIONI FACILITATE" / NUMERO PAZIENTI RICOVERATI PER I TARGET PRIORITARI NUMERO DI PAZIENTI APPARTENENTI AI TARGET PRIORITARI CON ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO SENZA RICOVERO "AGGANCIATI" ATTIVAMENTE ALLA RETE AMBULATORIALE ED AL MMG / NUMERO PAZIENTI APPARTENENTI AI TARGET PRIORITARI CON ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO SENZA RICOVERO
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> 60% per i ricoveri 40% per i Pronto Soccorsi
SCALA	0-1
VERIFICHE	30/4 Prima verifica 31/7 Seconda verifica

Obiettivo: Miglioramento tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale	
<p>Miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali di diagnostica strumentale, garantendo i tempi massimi di attesa secondo i codici di priorità indicati nella prescrizione medica su ricettario del SSN.</p> <p>Il raggiungimento dell'obiettivo presuppone una serie di azioni relativamente al miglioramento dell'appropriatezza della domanda, al miglioramento dell'offerta con riorganizzazione ed adattamento della stessa in relazione all'implementazione dei codici di priorità clinica, con riorganizzazione delle agende di prenotazione e con una attività di monitoraggio aziendale finalizzata alla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema.</p>	
INDICATORE	<p>NUMERO DI PRESTAZIONI CRITICHE (indicate dal n.15 al n.43 nel PRGTA 2011-2013 e di seguito elencate) PRENOTATE OLTRE I TEMPI STABILITI SECONDO I CODICI DI PRIORITA' / NUMERO PRESTAZIONI CRITICHE TOTALI PRENOTATE</p>
VALORE OBIETTIVO	<= 10% nel terzo quadrimestre
SCALA	0-1
VERIFICHE	30/4 trasmissione file di sintesi primo quadrimestre 31/8 trasmissione file di sintesi secondo quadrimestre 31/12 trasmissione file di sintesi finale

segue elenco delle prestazioni

Visita cardiologia
Visita chirurgia vascolare
Visita endocrinologica
Visita neurologica
Visita oculistica
Visita ortopedica
Visita ginecologica
Visita otorinolaringoiatrica
Visita urologica
Visita dermatologica
Visita fisiatrica
Visita gastroenterologica
Visita oncologica
Visita pneumologica
Elettrocardiogramma
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
Elettrocardiogramma da sforzo
Audiometria
Spirometria
Fondo oculare
Elettromiografia
Mammografia
TAC Torace senza e con contrasto
TAC Addome superiore con e senza m.d.c.
TAC Addome inferiore con e senza m.d.c.
TAC Addome completo con e senza m.d.c.
TAC Capo con e senza m.d.c.
TAC Rachide e speco vertebrale con e senza m.d.c.
TAC Bacino con e senza m.d.c.
RMN Cervello e tronco encefalico
RMN Pelvi, prostata e vescica
RMN Muscoloscheletrica
RMN Colonna vertebrale
Ecografia capo e collo
Ecocolordoppler cardiaca
Ecocolor doppler dei tronchi sovraaortici
Ecocolor doppler dei vasi periferici
Ecografia addome
Ecografia mammella
Ecografia ostetrica-ginecologica
Colonscopia
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
Esofagogastroduodenoscopia

Obiettivo: Controllo cartelle cliniche	
Controllo analitico delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO , in conformità a specifici protocolli di valutazione	
INDICATORE	NUMERO DI CARTELLE CONTROLLATE / NUMERO RICOVERI NELL'ANNO
VALORE OBIETTIVO	3% dei ricoveri 2010 7% dei ricoveri 2011
SCALA	0-1
VERIFICHE	Verifica a fine anno

Obiettivo: Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi.	
L'invio tempestivo dei flussi verso l'Assessorato, con un livello qualitativo accettabile, rappresenta il presupposto per il monitoraggio della spesa e delle attività sanitarie, oltre che per rendicontare la mobilità sanitaria.	
INDICATORE	Rispetto dei tempi di trasmissione dei flussi e della qualità dei dati inviati
VALORE OBIETTIVO	Invio mensile alla Regione di: <ul style="list-style-type: none"> • SDO e SDAO, entro il 15 del mese successivo alla dimissione • Attività ambulatoriale, entro il 15 del mese successivo • Flusso T, entro il 15 del mese successivo alla chiusura del DH o Day service • CEDAP, entro il 15 del mese successivo
SCALA	0-1
VERIFICHE	30/4 Prima verifica 31/7 Seconda verifica

Obiettivo: Riduzione percentuale DH diagnostici	
<p>Partecipazione all'obiettivo di deospedalizzazione attraverso la riduzione dei DH diagnostici. Fermo restando che ogni azienda dovrà ridurre il numero dei DH rispetto all'anno precedente, per il 2012 ogni azienda dovrà contenere la percentuale dei DH diagnostici entro i valori che saranno comunicati dalla Regione.</p>	
INDICATORE	Percentuale DH diagnostici sul totale dei DH
VALORE OBIETTIVO	Da determinare
SCALA	0-1
VERIFICHE	Stima degli andamenti al 30/4 e al 31/7 Verifica a fine anno.

Obiettivo: Tempestività interventi a seguito di frattura di femore	
<p>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 la frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.</p>	
INDICATORE	<p style="color: green;">NUMERO DI INTERVENTI EFFETTUATI ENTRO IL GIORNO SUCCESSIVO A QUELLO DEL RICOVERO SU PAZIENTI OVER 64 /</p> <p style="color: blue;">NUMERO TOTALE DI CASI DI FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI OVER 64 (comprese le fratture per le quali non vi è stato intervento chirurgico)</p>
VALORE OBIETTIVO	50%
SCALA	0-1
VERIFICHE	30/4 Prima verifica 31/7 Seconda verifica

Obiettivo: Riduzione incidenza parti cesarei	
RIDUZIONE DEI PARTI CESAREI PRIMARI.	
INDICATORE	NUMERO DI PARTI CESAREI IN DONNE NON PRECESARIZZATE (cesarei primari) / NUMERO TOTALE DI PARTI CON NESSUN PREGRESSO CESAREO
VALORE OBIETTIVO	20%
SCALA	0-1
VERIFICHE	30/4 Prima verifica 31/7 Seconda verifica

Obiettivo: Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di IMA Stemi	
<p>La tempestività nell'esecuzione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio. Allo stato attuale dei sistemi informativi non vengono distinti gli infarti STEMI da quelli NON STEMI, per i quali l'angioplastica comporta invece rischio di inappropriatelyzza.</p> <p>Per introdurre il monitoraggio si è scelto di adottare un indicatore proxy, affinando nel corso del 2012 le modalità di rilevazione. Quale indicatore proxy è stato individuato la percentuale di PTCA effettuate nel giorno successivo a quello del ricovero con diagnosi certa di IMA. Quale target di riferimento, non potendo distinguere gli IMA tra STEMI e NON STEMI, si assume per il 2012 il 50%.</p>	
INDICATORE	NUMERO Di PTCA effettuate in pazienti con IMA entro il giorno successivo a quello del ricovero / NUMERO TOTALE Di IMA diagnosticati (compresi quelli non trattati con PTCA)
VALORE OBIETTIVO	50%
SCALA	0-1
VERIFICHE	30/4 Prima verifica 31/7 Seconda verifica

Obiettivo: Contenzimento della spesa per dispositivi medici

Riduzione del 4% dei costi inerenti le voci di costo per dispositivi medici e protesica.

INDICATORE	Risparmio percentuale sulla spesa dell'anno 2011
VALORE OBIETTIVO	Riduzione del 4% sulla spesa dell'anno 2011
SCALA	0-1
VERIFICHE	30/4 Prima verifica 31/7 Seconda verifica