

Indicatori di completezza e qualità dei flussi Informativi ministeriali NSIS Unità Organizzativa Sistema Informativo SSR. Allegato F1a

La reportistica di riscontro sarà resa disponibile sul portale di caricamento dei flussi e DWH Regionale in fase di definizione.

In questo schema si riportano gli elementi già definiti dai criteri e soglie presenti nel questionario LEA.

I criteri di calcolo saranno ulteriormente precisati nel corso dei previsti aggiornamenti del vademecum, analogamente le soglie proposte, replicate da quelle previste dalle verifiche LEA, trattandosi di una prima istanziazione degli indicatori proposti, potranno subire adattamenti che risulteranno opportuni a fronte di una prima fase di verifica.

ID	FLUSSO / INDICATORE	VALORE SOGLIA 2017	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA
1	SDO: Totale Dimessi inviati entro la data di riferimento evento dimissione / totale dimessi del periodo.	>90	Tempestività e completezza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio e cumulato a fine anno che descrive la tempestività . <i>(criteri in fase di definizione , valutazione anche sull'ipotesi di utilizzo del flusso totali dimessi per il riscontro di completezza) **</i>
2	SDO: % errori presenti (pesati per tipologia di errore) alla scadenza dei periodo di invio e correzione sul totale record del periodo .	<5%, a fine anno per adempienza <0,01%	Qualità: Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio e cumulato a fine anno che descrive la qualità della gestione . <i>(criteri di pesatura degli errori in fase di definizione)</i> La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno ma tiene anche conto del dato cumulato disponibile a fine periodo invio mensile – invio + periodo per correzioni (percentuale da definire). Da Q.LEA. per NSIS soglia a fine anno : media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%
3	SDO: Integrità relazionale tra i tracciati del nuovo flusso SDO	100%	I 5 nuovi tracciati (Z1,Z2,Z3,Z4,Z5) del flusso SDO devono rispettare assolutamente l'integrità relazionale cioè mantenere la molteplicità tra il tracciato anagrafico/ricoveri e le diagnosi ed eventuali trasferimenti/interventi. Per esempio un assistito ha sempre i dati anagrafici, di ricovero e di diagnosi ma può avere o meno i dati inerenti ai trasferimenti ed interventi. Nel caso in cui non ci siano dati per i trasferimenti e/o interventi devono comunque essere trasmessi, a portale regionale, i tracciati Z3 e Z5 come file vuoti. Quando a portale regionale è presente un errore di integrità relazionale (simbolo X nera: I - Errore bloccante per l'intero invio non valido) del tipo chiavi duplicate o mancata corrispondenza tra archivi, l'intero invio dei 5 tracciati non è validato e quindi non è trasmesso al Ministero della Salute; pertanto bisogna correggere immediatamente tale errore di integrità.
4	SDO: % compilazione data di prenotazione*	>=95%	Percentuale corretta compilazione del campo data di prenotazione: valutazione dei controlli implementati a portale regionale inerenti a tale campo
5	SDO: % compilazione classe di priorità*	>=95%	Percentuale corretta compilazione del campo classe di priorità: valutazione dei controlli implementati a portale regionale inerenti a tale campo

6	SDO: % compilazione causa esterna*	>=95%	Percentuale corretta compilazione del campo causa esterna: valutazione dei controlli implementati a portale regionale inerenti a tale campo
7	SDO: compilazione diagnosi di dimissione (principale / secondaria) presente al ricovero	>=95% o 100%	Percentuale compilazione campo diagnosi di dimissione presente al ricovero
8	SDO: compilazione diagnosi di dimissione (principale / secondaria) presente al ricovero	>=95% o 100%	Percentuale compilazione campo diagnosi di dimissione presente al ricovero
9	FAR: Rapporto Assistiti Semiresidenziali FAR / Utenti STS24-Quadro F (S09)	$\geq 80\% \leq 120\%$ a fine anno $\geq 90\% \leq 110\%$	Livello di analisi: strutture STS11 (Tipologia di assistenza S09) – coerenza - completezza Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G Numero ammissioni attive con FAR/ Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=3 (Assistenza Semiresidenziale) Valore di riferimento = 100 . L'indicatore viene calcolato nel corso dell'anno come proiezione utilizzando per STS24 i dati dell'anno precedente e dal 31.1. anno successivo viene calcolato con i valori reali inseriti per STS24 anno. A fine anno : Accettazione della variabilità = 10 <i>Per la determinazione delle soglie di competenza verranno utilizzati i dati dei residenti ospitati nelle strutture localizzate nella ulss per evitare le problematiche della determinazione della ulss di invia da parte delle strutture su STS24.</i>
10	FAR: Rapporto Assistiti Residenziali FAR / Utenti STS24-Quadro G (S09)	$\geq 80\% \leq 120\%$ a fine anno $\geq 90\% \leq 110\%$	Numero ammissioni attive con FAR/ Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=4 (Assistenza Residenziale) - coerenza - completezza Modalità e criteri di accettabilità come F.11.b1
11	FAR: % Errori presenti (<i>pesati per tipologia di errore</i>) nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini di invio di calendario.	$\leq 10\%$, a fine anno per adempimento o $< 5\%$	Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio e cumulato a fine anno che descrive la qualità della gestione . (<i>criteri di pesatura degli errori in fase di definizione</i>): nr. cumulato degli errori presenti nell'ultimo invio effettuato entro il periodo di calendario ufficiale . La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno ma tiene anche conto del dato cumulato disponibile a fine periodo invio mensile – invio + periodo per correzioni (<i>percentuale peso della storicità da definire</i>).
12	FAR: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	$< 20\%$	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Tempestività: Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio. Il calcolo cumulato a fine anno descrive il rispetto della tempistica. **
13	Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	$< 10\%$	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio. Il calcolo cumulato a fine anno descrive il rispetto della tempistica. **
14	Hospice: Numero di ricoveri di pazienti con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul	Indicatore descrittivo, possibile oggetto di monitoraggi	Viene calcolato l'indicatore LEA: "Rapporto tra Numero di ricoveri di pazienti con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di pazienti con patologia oncologica (ICDIX- CM 140-208)"

	numero di ricoveri in hospice di pazienti con patologia oncologica	o NSIS	
15	Hospice: Numero di ricoveri di pazienti con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni sul numero di ricoveri in hospice di pazienti con patologia oncologica	Indicatore descrittivo, possibile oggetto di monitoraggi o NSIS	Viene calcolato l'indicatore LEA: "Rapporto tra Numero di ricoveri di pazienti con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni sul numero di ricoveri in hospice di pazienti con patologia oncologica (ICDIX-CM 140-208)"
16	ADI: Rispetto della struttura incrementale del flusso e del periodo di competenza dei dati inviati rispetto al periodo di invio.	< 10%	Verifica soglia Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario e rispetto soglia nr. record con nuove chiavi di identificazione inviate. <i>(criteri di dettaglio in fase di definizione) **</i>
17	ADI: % di errori bloccanti presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati) pesati per valore di CIA della PIC.	< 10% , <5% a fine anno per adempimento	Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio e cumulato a fine anno che descrive la qualità della gestione . La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno ma tiene anche conto del dato cumulato <i>(criteri di dettaglio del peso degli errori presenti nel corso dell'anno, in fase di definizione)</i>
18	APT (SISM): Differenza Assistiti APT Residenziali Semiresidenziali / Utenti indicati su STS24.	< 10%	Indicatore di coerenza con il modello STS24 -/ completezza Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) L'indicatore viene calcolato nel corso dell'anno come proiezione utilizzando per STS24 i dati dell'anno precedente e dal 31.1. anno successivo viene calcolato con i valori reali inseriti per STS24 anno. <i>La valutazione viene effettuata per le cartelle di residenti della ulss ospiti di strutture residenziali e semiresidenziali localizzate nel territorio Ulss.</i>
19	APT (SISM) – Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata / totale record inviati.	> 90 %	Valore di riferimento = 100 Accettazione della variabilità = 10 La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno .
20	APT (SISM) – percentuale di cartelle aperte senza prestazioni per periodo > 180 giorni.	< 10% fine anno per adempimento	Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio e cumulato a fine anno che descrive la qualità della gestione . La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno ma tiene anche conto del dato cumulato (percentuale da definire).
21	APT (SISM): Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	< 10%	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza . **
22	APT (SISM): Percentuale di errori bloccanti presenti a fine periodo invio di calendario , pesati per tipo errore.	< 10% , <5% a fine anno per adempimento	Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio e cumulato a fine anno che descrive la qualità della gestione . La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno ma tiene anche conto del nr. cumulato degli errori presenti nell'ultimo invio effettuato entro il periodo di calendario ufficiale Il peso degli errori sarà maggiore per le informazioni relative alle prestazioni di tipo residenziale e semiresidenziale.

23	SIND: Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2016 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2015	≥ 90	Indicatore di coerenza serie storica.
24	SIND: Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati.	≥ 90	Indicatore di qualità Il codice sostanza 99 non noto/non risulta sarà considerato non valido, pertanto sarà escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato. Altri Indicatori descrittivi calcolati : - Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti)
25	EMUR PS : N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ n. accessi calcolati con HSP24	>=90 <= 110	Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H Valore di riferimento = 100 Accettazione della variabilità =10
26	EMUR PS : N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati	>=90	Indicatore qualità Altri Indicatori descrittivi calcolati : - Numero accessi in PS per 1000 residenti - Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso
27	Centrali Operative 118: N. di interventi effettuati dal 118 anno 2016 >= N. di interventi effettuati dal 118 anno 2015	>=90	Indicatore di coerenza (?per le aziende ulss in cui ha sede la centrale operativa)
28	Centrali Operative 118: Totale record valorizzati correttamente campi data-ora/ totale record campi data ora	>=90	Indicatore di qualità (?per le aziende ulss in cui ha sede la centrale operativa)
29	Flussi Informativi Ministeriali (Fls Hsp Sts Ria): Per ogni flusso informativo viene valutata la completezza dei dati ed espressa una valutazione complessiva.	>=95% o 100%	Completezza e copertura: saranno applicati i criteri di verifica definiti dal questionario LEA relativamente a contenuti completezza , che prevedono soglie che vanno dal 95 % al 100% .. La documentazione di dettaglio dei criteri utilizzati per la valutazione della completezza e della qualità dei dati rilevati attraverso i modelli delle attività gestionali delle strutture sanitarie, ai fini degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è pubblicata nell'Access Portal del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, all'interno della sezione "Repertorio metadati – NSIS". obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005).
30	Flussi Informativi Ministeriali (Fls Hsp Sts Ria): Per ogni flusso informativo viene valutata la qualità dei dati ed espressa una valutazione complessiva.	>=95% o 100%	Qualità: Sarà monitorato anche il rispetto dei tempi di compilazione e il corretto riscontro alle segnalazioni di incongruenza inviate periodicamente via email alle aziende a partire dai riscontri NSIS. Riferimenti criteri di valutazione: come il precedente indicatore Completezza.

* FASE 12 e 13 Indicatore valutato in base agli errori ministeriali indicati nelle specifiche funzionali ministeriali (versione 1.6.1 – 13 aprile 2017) del flusso informativo SDO. Nel corso dell'anno 2017 tali specifiche funzionali saranno suscettibili di modifica e di conseguenza saranno modificate anche i controlli regionali

** N.B. Come già condiviso in varie occasioni, NSIS sta progressivamente applicando le politiche di controllo di "competenza eventi" rispetto alle date di invio, per quasi tutti i flussi (a parte le SDO per ora), ed un evento fuori calendario viene scartato. Questi eventi non possono essere inviati se non con una specifica richiesta via pec, riapertura del portale ed elaborazione specifica. Gli indicatori regionali di "congruenza eventi/calendario invio" hanno lo scopo di monitorare questo processo. Le aziende dovranno utilizzare i periodi previsti di correzione dei dati per il portale regionale. Le richieste di riapertura fuori calendario saranno monitorate e avranno un ruolo nella determinazione del raggiungimento dell'obiettivo tempistica.

Lo scopo della storicizzazione degli esiti a fine di ogni singolo periodo di calendario e non solo a fine anno, è di stimolare il processo di miglioramento della qualità, che ha come elemento fondamentale l'analisi e la sistemazione delle criticità intervenendo man mano che se ne ha evidenza nei processi di produzione dei dati.