



Azienda Sanitaria Provinciale

## Piano della Performance 2021-2023

ALLEGATO 1

### *Il Sistema demografico Ibleo*



Tabella 1 Dati Demografici 2010-2019

SUPERFICE Km <sup>2</sup> .1614,02 COMUNI : 12		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	ITALIA 2019
POPOLAZIONE MEDIA		317867	320488	320881	320684	318672	320168	321468	322047,6	321803,6	321488	60317000
POPOLAZIONE SOPRA I 65 ANNI IN VALORE ASSOLUTO		58170	58122	59887	61639	62037	62750	63.470	64067	64705	66.152	13648366
POPOLAZIONE SOPRA I 65 ANNI IN PERCENTUALE		18,29	18,14	18,66	19,23	19,41	19,60	19,74	19,894	20,1	20,58	22,60
POPOLAZIONE INFERIORE A 24 MESI IN VALORE ASSOLUTO		7928	7854	7135	6464	6651	6171	5.939	5657	6122	6.018	973898
POPOLAZIONE INFERIORE A 24 MESI IN PERCENTUALE		2,49	2,45	2,22	2,02	2,08	1,93	1,85	1,76	1,902	1,87	1,61
NUOVI NATI VIVI NEGLI OSPEDALI E CLINICHE PRIVATE PROVINCIALI ( RESIDENTI E NON RESIDENTI )		3562	3583	3502	3452	3527	3466	3328	3298	3162	3162	
NUOVI NATI VIVI RESIDENTI		3057	3098	3068	2921	2820	2801	2811	2854	2714	2620	435000
DECEDUTI		2897	2956	3143	2931,1	3032	3214	2977	3274	3160	3069	647000
TASSO DI NATALITA' x 1000		9,61	9,68	9,56	9,11	8,82	8,75	8,74	8,86	8,43	8,15	7,21
TASSO DI MORTALITA' x 1000		9,11	9,24	9,79	9,14	9,49	10,04	9,26	10,17	9,82	9,55	10,73
SALDO DELLA POPOLAZIONE x 1000		0,51	0,45	-0,23	-0,03	-0,66	-1,29	-0,51	-1,30	-1,39	-1,40	-3,51
TASSO MORT. INFANTILE x 1000		5,56	3,55	4,56	3,08	3,55	5,36	2,85	3,50	5,90	5,34	3,3 (18)
TASSO MORT. NEONATALE x 1000		3,60	2,58	2,93	2,05	3,19	3,93	1,42	2,10	4,05	4,27	2,4 (11)
TASSO DI MORTALITA' PER MALATTIE APPARATO CARDIOVASCOLARE x 10.000	M	34,74	40,18	39,07	35,91	37,91	38,91	34,42	39,57	37,08	36,60	37,3 (10)
	F	42,82	39,05	46,27	42,85	43,31	48,37	43,95	52,37	47,83	48,11	25,6 (10)
TASSO DI MORTALITA' PER TUMORI x 10.000	M	25,54	27,32	26,38	27,13	26,73	26,25	25,88	26,61	26,37	25,13	34,8 (11)
	F	17,17	18,94	19,26	16,56	17,77	18,26	19,54	18,36	18,98	19,61	19,2 (11)
VITA MEDIA : ANNI	M	75,75	76,33	77,06	76,68	76,99	77,87	77,84	78,21	77,79	78,71	80,60
	F	81,38	80,95	80,56	81,88	80,77	81,61	81,98	82,82	83,13	82,04	84,90
ULTRACENTENARI ( DATI AL 31 DICEMBRE )	M	16	18	11	10	10	15	15	14	18	17	2911
	F	24	25	31	36	40	45	40	40	46	47	14719

Fonte: Dipartimento di Prevenzione – Relazione 2019

Tabella 2 Dati statistici sulla popolazione nei comuni anno 2019

## DATI STATISTICI SULLA POPOLAZIONE NEI COMUNI ANNO 2019

COMUNE DI	VITTORIA	COMISO	ACATE	RAGUSA	CHIARAMONTE	MONTEROSSO	GIARRATANA	S. CROCE	MODICA	SCICLI	ISPICA	POZZALLO	TOTALE	
Popolazione residente complessiva ( maschi )	UODS030	31.975	15.373	6.298	35.544	4.063	1.413	1.391	5.897	26.268	13.250	8.317	9.587	<b>159.376</b>
Popolazione residente complessiva ( femmine )	UODS040	31.674	15.597	5.193	37.792	3.996	1.481	1.470	5.164	28.033	13.694	7.984	9.832	<b>161.910</b>
Popolazione inferiore a 24 mesi (maschi )		623	270	115	794	66	12	19	87	468	226	193	190	<b>3.063</b>
Popolazione inferiore a 24 mesi (femmine)		538	315	115	811	69	19	15	100	407	210	200	147	<b>2.946</b>
Popolazione residente con eta' compresa tra 0 e 14 anni	161.910	9.937	4.069	1.768	9.461	937	290	292	1.520	7.725	3.878	2.163	2.866	<b>44.906</b>
Popolazione residente con eta' compresa tra 15 e 64 anni	UODS060	42.413	20.221	8.088	47.071	5.313	1.838	1.783	7.535	34.542	17.150	10.949	12.578	<b>209.481</b>
Popolazione residente con eta' ≥ di 65 anni	UODS070	11.299	6.053	1.635	16.804	1.809	765	786	2.006	12.034	5.916	3.189	3.897	<b>66.193</b>
Numero di nati vivi ( maschi )		334	123	55	250	37	5	8	46	235	111	78	88	<b>1.370</b>
Numero di nati vivi ( femmine )		279	153	57	224	37	6	4	52	201	96	53	70	<b>1.232</b>
numero complessivo di nati vivi ( maschi + femmine )	UODS080	613	276	112	474	74	11	12	98	436	207	131	158	<b>2.602</b>
Numero di morti ( maschi )		307	103	22	342	42	22	31	55	267	163	45	83	<b>1.482</b>
Numero di morti ( femmine )		260	139	38	376	53	21	24	38	303	145	62	88	<b>1.547</b>
numero complessivo di morti ( maschi + femmine )	UODS090	567	242	60	718	95	43	55	93	570	308	107	171	<b>3.029</b>
Numero di immigrati	UODS100	874	725	416	1.474	182	35	50	440	724	530	371	407	<b>6.228</b>
Numero di emigrati	UODS110	1.144	549	383	1.167	202	52	70	390	730	447	369	402	<b>5.905</b>

Fonte: Dipartimento di Prevenzione – Relazione 2019

Tabella 3 Statistica Anno 2019 tabella riassuntiva

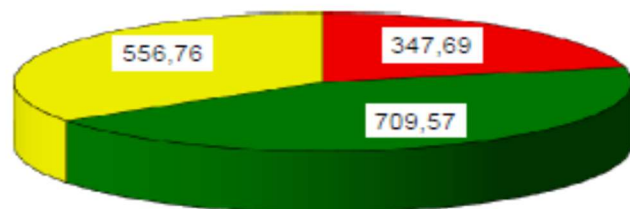
## STATISTICA ANNO 2019 TABELLA RIASSUNTIVA

CITTA'	SUP. Km <sup>2</sup>	ABIT. x Km <sup>2</sup>	POPOLAZIONE MEDIA			NATI			TASSO NAT.‰	MORTI			TASSO MORT.‰	SALDO POPOLA ZIONE	VITA MEDIA		
			M	F	TOT.	M	F	TOT.		M	F	TOT.			M	F	TOT.
VITTORIA	181,34	351,88	32071	31739	63810	334	279	613	9,61	297	246	543	8,51	1,10	74,94	74,43	74,71
COMISO	64,93	475,76	15339	15552	30891	123	153	276	8,93	118	145	263	8,51	0,42	78,46	81,39	80,07
ACATE	101,42	112,60	6239	5181	11420	60	70	130	11,38	20	38	58	5,08	6,30	81,67	81,91	81,83
DISTR.43	347,69	305,22	53649	52472	106121	517	502	1019	9,60	435	429	864	8,14	1,46	76,20	77,44	76,82
RAGUSA	442,46	165,80	35529	37831	73360	250	224	474	6,46	376	413	789	10,76	-4,29	80,16	83,86	82,09
CHIARAMONTE	126,63	63,98	4086	4016	8102	37	37	74	9,13	39	52	91	11,23	-2,10	79,98	85,63	83,21
MONTEROSSO	56,27	51,86	1422	1496	2918	5	6	11	3,77	22	20	42	14,39	-10,62	83,00	86,29	84,57
GIARRATANA	43,45	66,55	1407	1485	2892	8	4	12	4,15	26	23	49	16,95	-12,80	81,21	81,47	81,33
S. CROCE	40,76	270,69	5878	5156	11034	46	52	98	8,88	51	37	88	7,98	0,91	76,61	83,66	79,57
DISTR. 44	709,57	138,54	48322	49983	98304	346	323	669	6,81	514	545	1059	10,77	-3,97	79,97	84,00	82,04
MODICA	290,76	186,89	26274	28068	54342	235	201	436	8,02	253	306	559	10,29	-2,26	79,98	83,85	82,10
SCICLI	137,54	195,96	13265	13688	26953	111	96	207	7,68	151	144	295	10,94	-3,26	80,43	83,62	81,99
POZZALLO	14,94	1300,03	9588	9835	19423	88	70	158	8,13	80	81	161	8,29	-0,15	76,18	82,51	79,36
ISPICA	113,52	144,00	8346	8001	16347	78	53	131	8,01	51	80	131	8,01	0,00	80,14	83,15	81,98
DISTR.45	556,76	210,26	57473	59591	117064	512	420	932	7,96	535	611	1146	9,79	-1,83	79,55	83,53	81,67
AUSL 7	1614	199,18	159444	162045	321488	1375	1245	2620	8,15	1484	1585	3069	9,55	-1,40	78,71	82,04	80,43

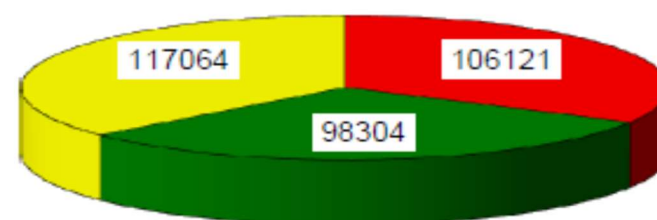
Fonte: Dipartimento Prevenzione – Relazione 2019

Grafico Riassuntivo

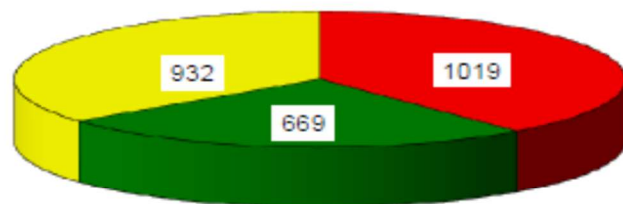
**SUPERFICE IN Kmq**



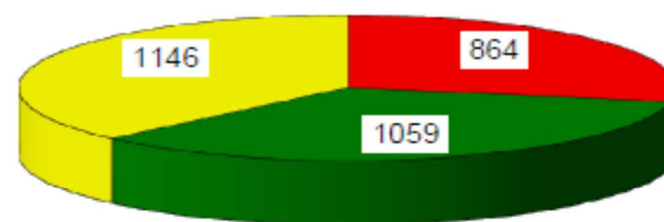
**POPOLAZIONE MEDIA**



**NUOVI NATI**

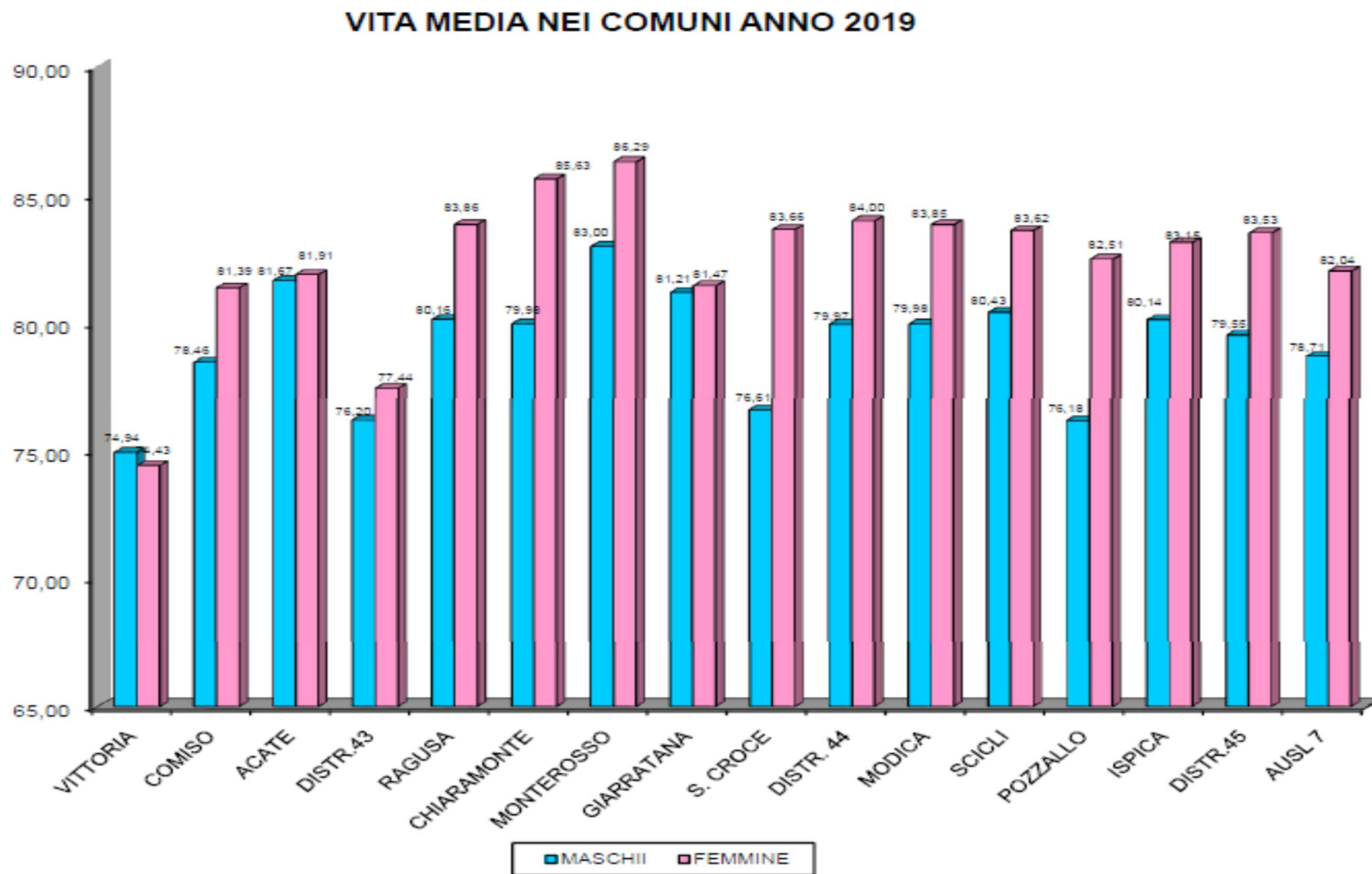


**DECEDUTI**



■ DISTR.43 ■ DISTR. 44 ■ DISTR.45

Figura 1 Vita Media della Popolazione residente per comune della provincia di Ragusa in ordine crescente e per distretto socio-sanitario (anno 2019)



Fonte: Elaborazione Controllo di Gestione su dati Dipartimento di Prevenzione

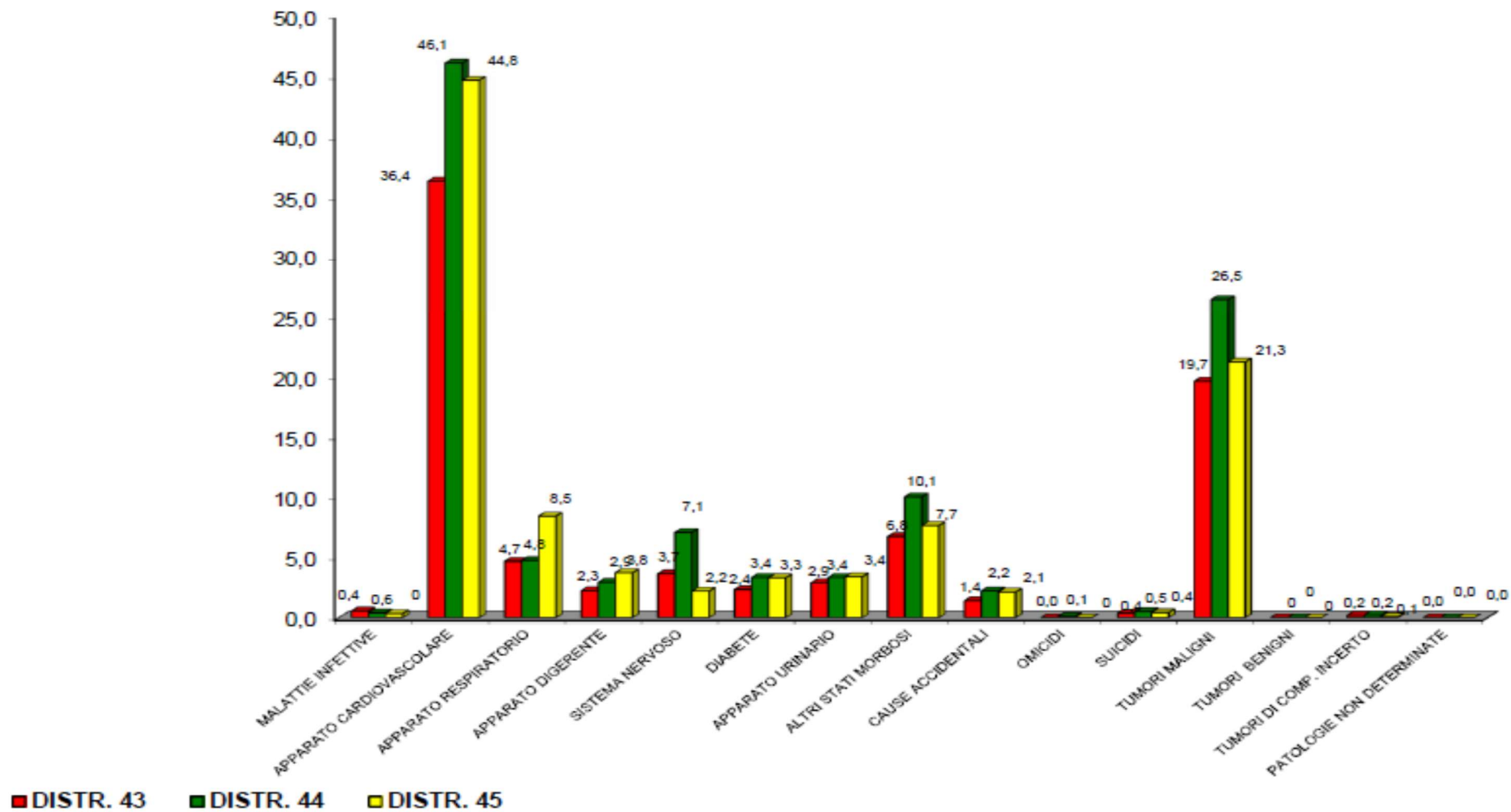
Tabella 4 Cause di Morte ASP di Ragusa - popolazione residente ( X 10.000 Abit. anno 2019)

CAUSE DI MORTE	VITTORIA		COMISO		ACATE		RAGUSA		CHIARAMONTE		MONTEROSSO		GIARRATANA		S.CROCE		MODICA		SCICLI		POZZALLO		ISPICA		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
MALATTIE INFETTIVE	0,6	0,9	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	1,7	1,9	0,0	0,4	0,0	0,7	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0
APPARATO CARDIOVASCOLARE	35,4	35,8	35,9	54,0	6,4	30,9	39,7	51,3	41,4	64,4	41,9	72,8	85,3	53,9	32,3	36,9	35,8	53,4	54,3	52,6	29,2	42,7	26,4	55,0	
APPARATO RESPIRATORIO	5,9	1,9	6,5	4,5	6,4	7,7	6,5	4,0	4,9	2,5	0,0	6,6	7,1	6,7	5,1	0,0	11,0	6,8	11,3	8,8	11,5	4,1	6,0	5,0	
APPARATO DIGERENTE	2,5	3,1	1,3	0,6	1,6	3,9	3,7	1,6	7,3	0,0	0,0	6,6	7,1	6,7	6,8	0,0	6,1	4,3	4,5	1,5	2,1	4,1	1,2	1,2	
SISTEMA NERVOSO	3,4	3,5	3,9	3,2	1,6	9,7	5,9	8,2	7,3	14,9	7,0	0,0	14,2	13,5	1,7	5,8	0,8	2,5	3,0	4,4	2,1	3,1	1,2	1,2	
DIABETE	2,5	2,2	2,0	3,9	1,6	0,0	2,3	4,2	2,4	5,0	0,0	6,6	0,0	6,7	5,1	1,9	2,7	6,1	3,0	3,7	2,1	3,1	0,0	1,2	
APPARATO URINARIO	3,4	3,5	2,0	1,9	3,2	1,9	3,7	2,6	0,0	9,9	14,0	6,6	0,0	6,7	1,7	1,9	3,8	5,0	5,3	2,2	1,0	2,0	0,6	2,5	
ALTRI STATI MORBOSI	10,3	7,2	3,9	4,5	3,2	1,9	9,0	9,8	4,9	7,4	34,9	26,5	14,2	13,5	10,2	11,6	6,1	11,4	6,0	6,6	5,2	8,1	4,8	10,0	
CAUSE ACCIDENTALI	1,2	0,6	3,3	1,9	0,0	1,9	2,8	1,1	7,3	2,5	0,0	0,0	0,0	13,5	1,7	1,9	2,7	1,4	0,8	4,4	2,1	1,0	1,2	3,7	
OMICIDI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
SUICIDI	0,9	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,8	0,0	0,8	0,7	1,0	0,0	0,0	0,0	
TUMORI MALIGNI POLMONE	8,4	1,3	4,6	1,9	3,2	1,9	7,3	1,3	4,9	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	5,1	0,0	5,3	1,8	5,3	4,4	7,3	1,0	7,2	2,5	
" " CERVELLO	0,9	1,9	0,7	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8	2,4	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	1,7	0,0	2,3	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	
" " MAMMELLA	0,0	2,5	0,0	3,9	0,0	1,9	0,0	2,9	0,0	7,4	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	1,9	0,0	5,0	0,0	1,5	0,0	3,1	0,0	3,7	
" " UTERO		1,3		0,0		1,9		1,9		0,0		0,0		0,0		1,9		1,1		0,0		0,0		2,5	
" " OVAIO		0,3		0,6		0,0		1,3		0,0		0,0		6,7		0,0		1,1		0,7		0,0		0,0	
" " RENE	0,6	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	3,4	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0	0,0	1,2	1,2	
" " VESCICA	1,6	1,3	2,6	0,6	0,0	0,0	3,9	1,1	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	3,0	0,0	1,0	0,0	1,2	0,0	
" " PROSTATA	1,2		0,7		0,0		3,4		0,0		0,0		7,1		0,0		3,8		3,0		3,1		1,2		
" " STOMACO	1,9	1,3	0,0	0,6	0,0	0,0	3,1	0,8	0,0	0,0	7,0	0,0	7,1	6,7	0,0	0,0	1,9	1,4	0,8	0,0	0,0	1,0	0,0	1,2	
" " FEGATO E VIE BILIARI	2,8	1,9	0,7	1,9	0,0	1,9	1,7	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	1,9	1,9	1,1	0,8	0,0	2,1	0,0	1,2	0,0	
" " PANCREAS	0,0	1,9	0,0	1,3	0,0	3,9	1,7	2,1	2,4	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	1,1	0,4	2,3	0,7	1,0	1,0	0,0	0,0	
" " COLON RETTO	3,1	2,5	3,3	2,6	3,2	0,0	2,3	3,7	0,0	5,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	2,1	5,3	3,7	4,2	1,0	4,8	3,7	
" " EMOLINFOPOIETICI	2,8	0,6	2,0	1,9	0,0	3,9	1,7	2,6	4,9	0,0	28,0	0,0	7,1	6,7	1,7	0,0	3,0	1,1	3,0	2,9	3,1	1,0	0,0	2,5	
" " OSSA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
" " PELLE	0,6	0,0	0,7	0,6	0,0	0,0	1,1	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,9	0,4	0,0	0,8	1,5	1,0	2,0	2,4	0,0	
" " ALTRE SEDI	1,6	1,3	2,6	1,3	1,6	0,0	3,4	4,2	2,4	5,0	7,0	6,6	7,1	6,7	5,1	0,0	1,1	1,8	0,8	3,7	1,0	4,1	0,0	2,5	
TUMORI MALIGNI (TOTALE)	25,5	18,6	17,6	18,0	8,0	15,4	31,2	25,4	19,5	22,3	55,9	6,6	49,8	33,7	18,7	9,7	26,3	17,8	24,9	19,7	25,0	14,2	19,2	20,0	
TUMORI BENIGNI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
TUMORI DI COMP. INCERTO	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
PATOLOGIE NON DETERMINATE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>TOTALE</b>	<b>92</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>93</b>	<b>32</b>	<b>73</b>	<b>106</b>	<b>109</b>	<b>95</b>	<b>129</b>	<b>154</b>	<b>132</b>	<b>185</b>	<b>155</b>	<b>87</b>	<b>72</b>	<b>96</b>	<b>109</b>	<b>114</b>	<b>105</b>	<b>83</b>	<b>82</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	

Fonte: Elaborazione Controllo di Gestione su dati Dipartimento di Prevenzione

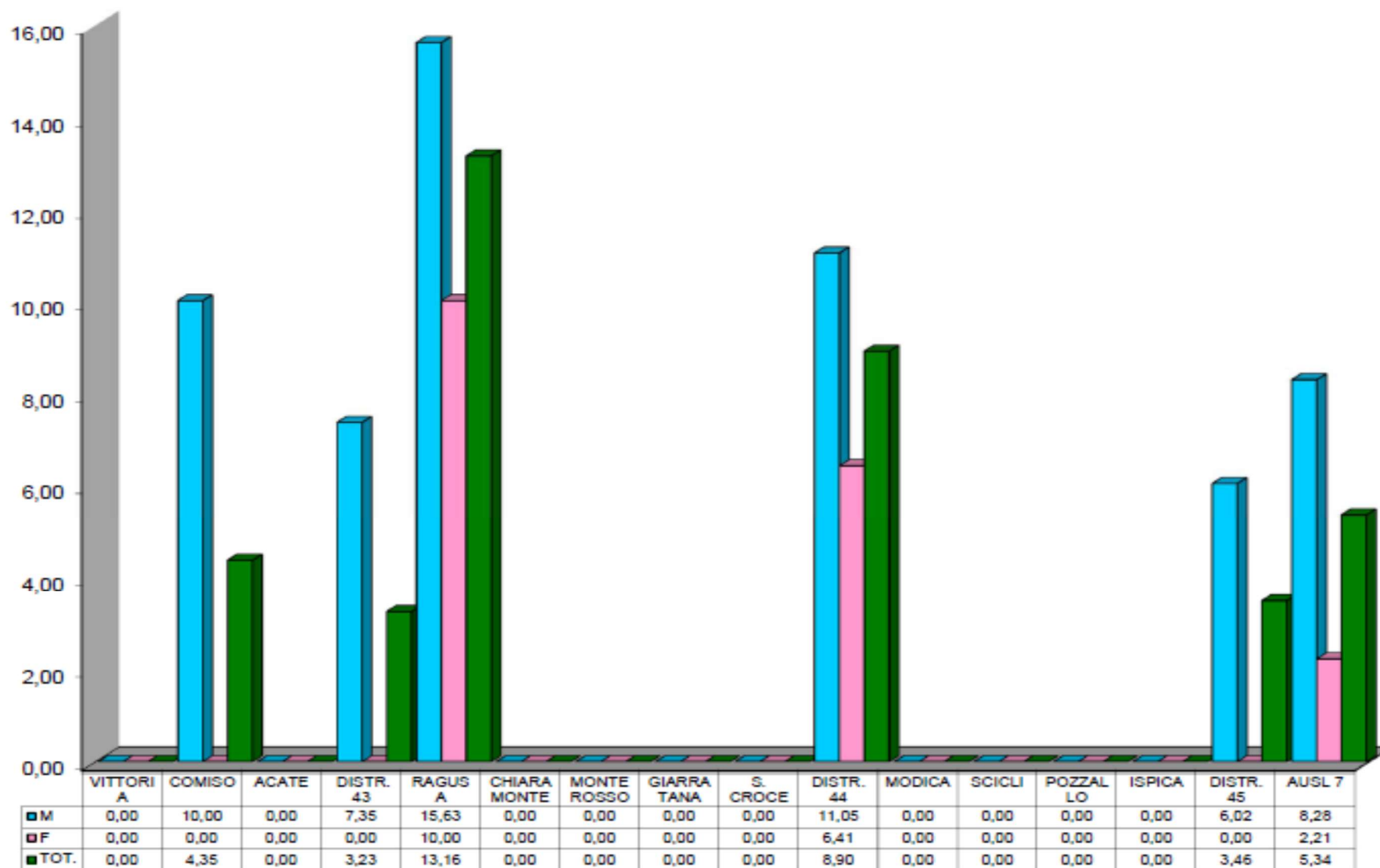
Figura 2(Cause di Morte nella Provincia x 1000 Abitanti – Anno 2019)

### CAUSE DI MORTE NEI DISTRETTI X 10.000 ABITANTI



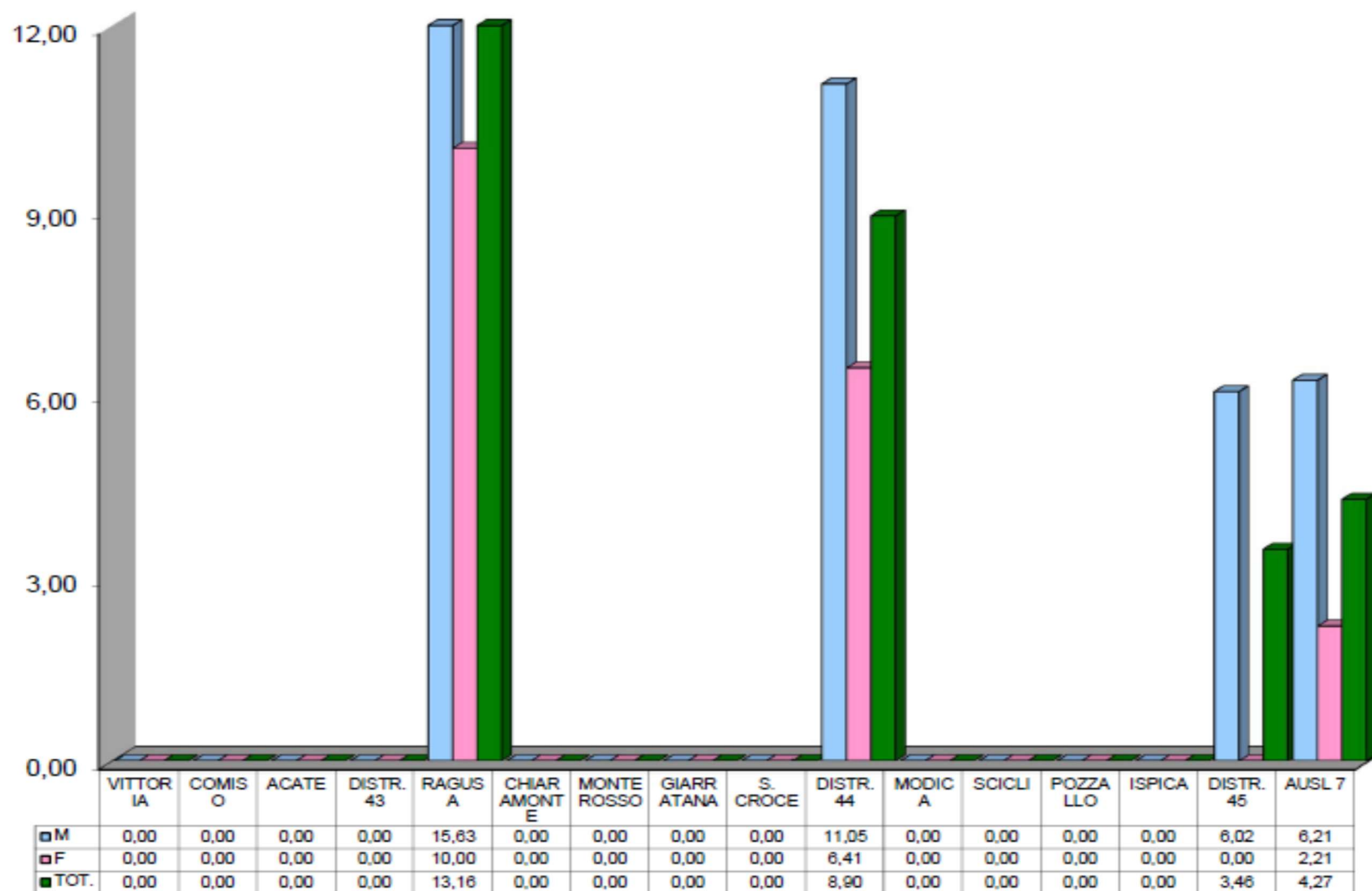
Fonte: Elaborazione Controllo di Gestione su dati Dipartimento di Prevenzione

Figura3 Tasso di mortalità Infantile x1000 nati anno 2019



Fonte: Dipartimento Medico di Prevenzione – Relazione 2019

Figura 4 Tasso di mortalità Neonatale x 1000 nati anno 2019



Fonte: Dipartimento di Prevenzione – Relazione 2019

Tabella 5 Dati epidemiologici screening oncologici 2020

Tipologia screening	Popolazione ISTAT (grezza)	Popolazione corretta invitata ( dopo pulizia liste)	% Estens.	Numero Adesioni	% Adesione
<b>SCREENING TUMORI CERVICE</b>	28.275	24.057	100%	4.237	17,6% (scala 0-50%)
<b>SCREENING TUMORI COLON</b>	40.986	35.857	100%	4.151	11,5% (scala 0-50%)
<b>SCREENING TUMORI MAMMELLA</b>	21.020	17.247	100%	4.731	27,5% (scala 0-60%)

Fonte: Dipartimento di Prevenzione



**Piano della Performance  
2021-2023**

**ALLEGATO 2**

***Analisi della domanda e  
dell'offerta ospedaliera  
dell'ASP di Ragusa  
anno 2019***





## Sommario

Obiettivi, materiali e metodi .....	1
Obiettivi .....	1
Materiali e metodi .....	1
Analisi di contesto .....	5
Popolazione residente e Strutture ospedaliere.....	5
Popolazione Residente ASP Ragusa.....	5
Dettaglio Strutture ospedaliere dell'ASP di Ragusa.....	6
Analisi della Domanda .....	7
Analisi dell'Offerta.....	7
Analisi della Domanda per Distretto.....	8
Analisi dell'Offerta per Distretto.....	9
Analisi della domanda .....	13
Ricoveri dei residenti nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa in strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa.....	13
Caratteristiche dei ricoveri in DO .....	13
Ricoveri in DO per fasce di durata della degenza (Acuti).....	14
Analisi dei principali DRG in DO (Acuti).....	15
Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DO (Acuti).....	16
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Presidi Ospedalieri.....	17
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione .....	17
Caratteristiche dei ricoveri in DH.....	18
Analisi dei principali DRG in DH (Acuti) .....	19
Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DH (Acuti).....	20
Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Presidi Ospedalieri.....	21
Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione.....	21
Ricoveri dei residenti nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa in mobilità passiva intraregionale .....	25
Caratteristiche dei ricoveri in DO .....	25
Ricoveri in DO per fasce di durata della degenza (Acuti).....	26
Analisi dei principali DRG in DO (Acuti).....	27
Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DO (Acuti).....	28
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Province .....	29
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Strutture Ospedaliere.....	29
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione .....	30
Caratteristiche dei ricoveri in DH.....	31
Analisi dei principali DRG in DH (Acuti) .....	32
Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DH (Acuti).....	33



Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Province.....	34
Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Strutture Ospedaliere .....	34
Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione.....	35
Ricoveri dei residenti nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa in mobilità passiva extraregionale.....	39
Caratteristiche dei ricoveri in DO .....	39
Ricoveri in DO per fasce di durata della degenza (Acuti).....	40
Analisi dei principali DRG in DO (Acuti).....	41
Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DO (Acuti).....	42
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Regioni.....	43
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Strutture Ospedaliere.....	43
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione .....	44
Caratteristiche dei ricoveri in DH.....	45
Analisi dei principali DRG in DH (Acuti) .....	46
Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DH (Acuti).....	47
Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Regioni .....	48
Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Strutture Ospedaliere .....	48
Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione.....	49
Analisi dell'offerta .....	53
Ricoveri erogati in strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa a residenti in bacini di utenza di altre ASP della Regione Siciliana o di altre Regioni (mobilità attiva intraregionale e extraregionale) .....	53
Caratteristiche dei ricoveri in DO .....	53
Ricoveri in DO per fasce di durata della degenza (Acuti).....	54
Analisi dei principali DRG in DO (Acuti).....	55
Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DO (Acuti).....	56
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per provenienza dimessi .....	57
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per provenienza dimessi (intraregionale) .....	57
Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione .....	58
Caratteristiche dei ricoveri in DH.....	59
Analisi dei principali DRG in DH (Acuti) .....	60
Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DH (Acuti).....	61
Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Regioni di provenienza.....	62
Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per provenienza dimessi (intraregionale).....	62
Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione.....	63



## Obiettivi, materiali e metodi

### Obiettivi

Obiettivo di questo documento è quello di fornire un'analisi della domanda e dell'offerta ospedaliera, orientata a supportare la definizione del fabbisogno ospedaliero della popolazione della ASP di Ragusa.

Il documento analizza per l'anno 2019:

- Ricoveri dei residenti del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa erogati in strutture pubbliche e private presenti nel territorio ragusano, con focus specifici sui diversi distretti sanitari di residenza;
- Ricoveri dei residenti del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa erogati presso stabilimenti pubblici e privati ubicati in altre ASP del territorio siciliano (Mobilità passiva intraregionale), con focus specifici sulle principali patologie che generano la mobilità passiva;
- Ricoveri dei residenti del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa erogati presso stabilimenti pubblici e privati ubicati in altre regioni (Mobilità passiva extraregionale), con focus specifici sulle principali patologie che generano la mobilità passiva.

Inoltre, nel documento allegato sono state analizzate anche tutte le prestazioni di ricovero delle strutture sanitarie pubbliche e private dell'ASP di Ragusa erogate a residenti di altre ASP della Regione Siciliana e altre regioni (Mobilità attiva intra ed extraregionale).

### Materiali e metodi

L'intera analisi è stata condotta per tutte le strutture pubbliche e private convenzionate. È stato adottato un approccio di analisi "a cascata", che ha consentito di strutturare l'analisi partendo dalle informazioni macro per scendere nel micro. Sono stati analizzati i principali aspetti relativi all'ospedalizzazione dei residenti e alla produzione delle strutture erogatrici. La domanda di assistenza ospedaliera analizzata è rappresentata da quella parte del fabbisogno intercettato dall'assistenza (flusso SDO).

La Direzione Strategica sta utilizzando questo approccio metodologico sia per la definizione dei PDTA sia per condividere con gli operatori ospedalieri e territoriali le risultanze dei principali processi sanitari e clinico assistenziali e per poter riflettere ed eventualmente rivedere la propria struttura di offerta ospedaliera e territoriale. Appena disponibili i dati consolidati del 2020 si procederà ad aggiornare il documento con delle sezioni specifiche per la valutazione dei trend.

Dai dati inseriti nelle tabelle del presente documento è possibile individuare i principali indicatori di attività, di cui di seguito si riporta una legenda:

- Dm: degenza media ricoveri ordinari
- Am: accessi medi ricoveri diurni
- dvstd: deviazione standard
- %CasiC: numero ricoveri chirurgici su totale ricoveri
- %CasiARI: ricoveri ad elevato rischio di inappropriately se erogati in regime ordinario secondo quanto indicato nel Patto per la Salute 2010-2012
- %Casi pubbl.: ricoveri erogati da strutture pubbliche dell'ASP di Ragusa su totale ricoveri
- %Casi priv.: ricoveri erogati da strutture private convenzionate dell'ASP di Ragusa su totale ricoveri
- Peso medio: peso medio dei DRG. Il sistema di pesi per la versione DRG 24 è stato pubblicato nel D.M. 18/12/2008.

Inoltre si evidenzia che nelle analisi condotte è stato eliminato il codice DRG 391 afferente al neonato sano.





## ***Analisi di contesto***



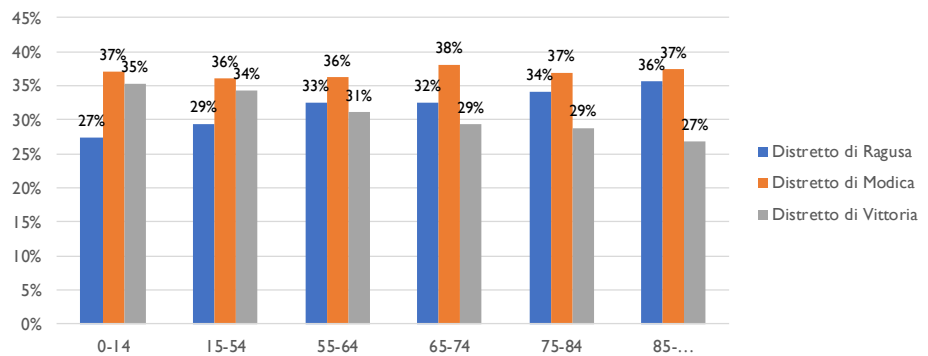
## Analisi di contesto

### Popolazione residente e Strutture ospedaliere

#### Popolazione Residente ASP Ragusa

ASP di Ragusa - Popolazione per Comune e Distretto (anno 2019)					
Numero di abitanti	Popolazione Totale	%Maschi su pop.tot.	%Femmine su pop.tot.	%over65 su pop.tot.	%over65 su tot.over65
Distretto di Ragusa	95.944	49%	51%	22%	34%
Ragusa	71.374	48%	52%	23%	76%
Santa Croce Camerina	10.699	53%	47%	18%	9%
Chiaromonte Gulfi	8.054	50%	50%	22%	8%
Monterosso Almo	2.913	49%	51%	26%	4%
Giarratana	2.904	49%	51%	27%	4%
Distretto di Modica	115.636	49%	51%	21%	38%
Modica	53.767	48%	52%	21%	47%
Scicli	26.652	49%	51%	22%	24%
Pozzallo	19.116	49%	51%	20%	16%
Ispica	16.101	51%	49%	20%	14%
Distretto di Vittoria	103.984	51%	49%	18%	29%
Vittoria	62.757	50%	50%	17%	59%
Comiso	30.410	50%	50%	19%	32%
Acate	10.817	54%	46%	14%	8%
<b>Totale</b>	<b>315.564</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>20%</b>	<b>100%</b>

Distribuzione della Popolazione per Fasce d'età e per Distretto



## Dettaglio Strutture ospedaliere dell'ASP di Ragusa

ASP di Ragusa - Posti Letto strutture pubbliche e private (anno 2019)							
Offerta ospedaliera	Numero di strutture	Posti Letto DO	Posti Letto DH	Posti Letto Totale	%Tot	%DO	%DH
Strutture pubbliche	5	598	97	695	88%	86%	14%
Strutture private	1	82	13	95	12%	86%	14%
<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>680</b>	<b>110</b>	<b>790</b>	<b>100%</b>	<b>86%</b>	<b>14%</b>

ASP di Ragusa - Posti Letto strutture pubbliche e private accreditate - Dettaglio Acuti e Post-Acuti (anno 2019)									
Offerta ospedaliera	Posti Letto DO Acuti	Posti Letto DH Acuti	Posti Letto Totale Acuti	%Tot Acuti	Posti Letto DO Post-Acuti	Posti Letto DH Post-Acuti	Posti Letto Totale Post-Acuti	%Tot Post-Acuti	Posti Letto Totale
Strutture pubbliche	530	97	627	92%	68	0	68	61%	695
Strutture private accreditate	42	9	51	8%	40	4	44	39%	95
<b>Totale</b>	<b>572</b>	<b>106</b>	<b>678</b>	<b>100%</b>	<b>108</b>	<b>4</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>	<b>790</b>

ASP di Ragusa - Posti Letto strutture pubbliche - Dettaglio per Distretto (anno 2019)					
Offerta ospedaliera	Ruolo	Presidi Ospedalieri	Punti Nascita	Posti Letto	%Tot
Distretto di Ragusa					
(Ospedali Riuniti Ragusa)	DEA I livello	2	1	287	41%
P.O. Civile - M. P. Arezzo di Ragusa		2	1	287	100%
Distretto di Modica					
(Ospedali Riuniti Modica-Scicli)	DEA I livello	2	1	201	29%
P.O. Maggiore di Modica		1	1	157	78%
P.O. Busacca di Scicli		1	0	44	22%
Distretto di Vittoria					
(Ospedali Riuniti Vittoria-Comiso)	DEA I livello	2	1	207	30%
P.O. Guzzardi di Vittoria		1	1	165	80%
P.O. Reg. Margherita di Comiso		1	0	42	20%
<b>Totale</b>		<b>6</b>	<b>3</b>	<b>695</b>	<b>100%</b>

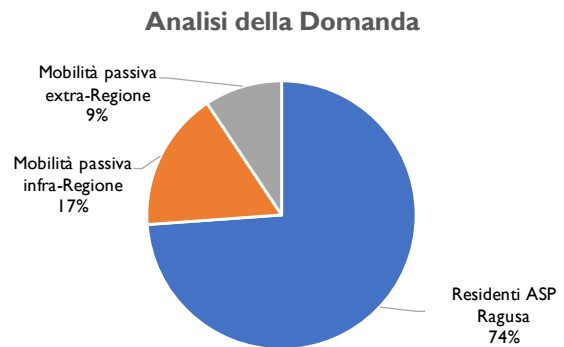
## Analisi della Domanda

ASP di Ragusa - Analisi della Domanda (anno 2019)						
Numero di ricoveri	DO	DH	Totale	%Tot	%DO	%DH
Residenti ASP Ragusa	23.064	4.728	27.792	74%	83%	17%
Mobilità passiva infra-Regione	4.596	1.704	6.300	17%	73%	27%
Mobilità passiva extra-Regione	2.728	775	3.503	9%	78%	22%
<b>Totale</b>	<b>30.388</b>	<b>7.207</b>	<b>37.595</b>	<b>100%</b>	<b>81%</b>	<b>19%</b>

Tasso di Ospedalizzazione	Totale
Residenti ASP Ragusa	88
Mobilità passiva infra-Regione	20
Mobilità passiva extra-Regione	11
<b>Totale</b>	<b>119</b>

\*Popolazione ISTAT residente al 01/01/2019: 315.564

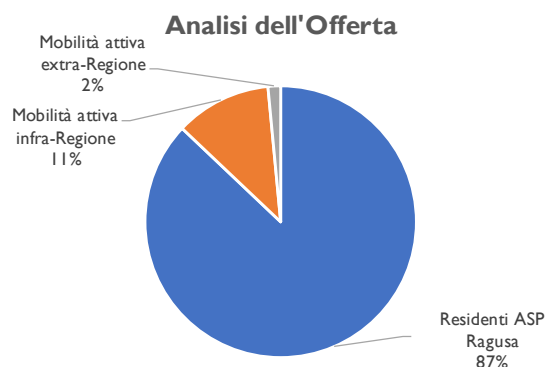
Il numero complessivo di ricoveri erogato ai residenti della ASP di Ragusa nell'anno 2019 è pari a circa 37.000, che genera un tasso di ospedalizzazione pari a 119 per 1.000 abitanti, inferiore allo standard nazionale del 160 per 1.000. Per quanto concerne la mobilità passiva si registrano nell'anno 2019 circa 10.000 ricoveri fuori provincia (il 26%), di cui circa il 17% erogato in Regione Siciliana ma in strutture pubbliche o private di altre ASP e circa il 9% in mobilità passiva extraregionale. Complessivamente si rileva che circa l'81% dei ricoveri è erogato in degenza ordinaria e il 19% in degenza diurna.



## Analisi dell'Offerta

ASP di Ragusa - Analisi dell'Offerta (anno 2019)						
Numero di ricoveri	DO	DH	Totale	%Tot	%DO	%DH
Residenti ASP Ragusa	23.064	4.728	27.792	87%	83%	17%
Mobilità attiva infra-Regione	2.705	942	3.647	11%	74%	26%
Mobilità attiva extra-Regione	423	56	479	2%	88%	12%
<b>Totale</b>	<b>26.192</b>	<b>5.726</b>	<b>31.918</b>	<b>100%</b>	<b>82%</b>	<b>18%</b>

Per quanto riguarda i ricoveri erogati da tutte le strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa, si rilevano nel 2019 circa 32.000 ricoveri, di cui circa il 13% erogato in mobilità attiva intra ed extraregionale. In particolare, i ricoveri in regime diurno rappresentano circa il 18% rispetto al totale.



## Analisi della Domanda per Distretto

ASP di Ragusa - Analisi della Domanda per Distretto di Residenza (anno 2019)						
Numero di ricoveri	DO	DH	Totale	%Tot	%DO	%DH
Distretto di Ragusa	8.874	2.501	11.375	30%	78%	22%
Ricoveri in ASP Ragusa	6.706	1.682	8.388	74%	80%	20%
Mobilità passiva infra-Regione	1.289	558	1.847	16%	70%	30%
Mobilità passiva extra-Regione	879	261	1.140	10%	77%	23%
Distretto di Modica	10.910	2.520	13.430	36%	81%	19%
Ricoveri in ASP Ragusa	8.079	1.552	9.631	72%	84%	16%
Mobilità passiva infra-Regione	1.770	668	2.438	18%	73%	27%
Mobilità passiva extra-Regione	1.061	300	1.361	10%	78%	22%
Distretto di Vittoria	10.604	2.186	12.790	34%	83%	17%
Ricoveri in ASP Ragusa	8.279	1.494	9.773	76%	85%	15%
Mobilità passiva infra-Regione	1.537	478	2.015	16%	76%	24%
Mobilità passiva extra-Regione	788	214	1.002	8%	79%	21%
<b>Totale</b>	<b>30.388</b>	<b>7.207</b>	<b>37.595</b>	<b>100%</b>	<b>81%</b>	<b>19%</b>

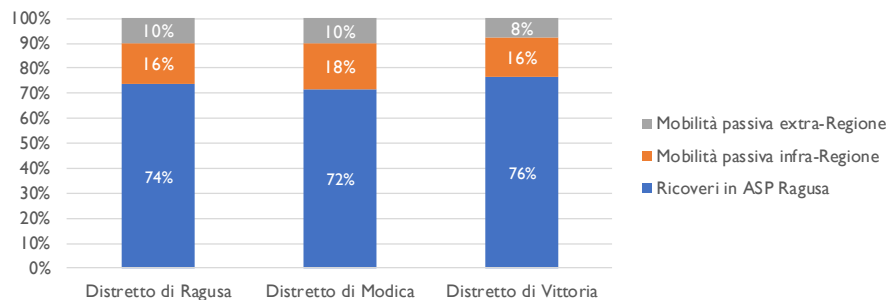
Tasso di Ospedalizzazione	Distretto di Ragusa	Distretto di Modica	Distretto di Vittoria
Ricoveri in ASP Ragusa	87	83	94
Mobilità passiva infra-Regione	19	21	19
Mobilità passiva extra-Regione	12	12	10
<b>Totale</b>	<b>118</b>	<b>116</b>	<b>123</b>

\*Popolazione ISTAT residente al 01/01/2019: 95.944 115.636 103.984

La popolazione del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa, pari a circa 315.000 abitanti, è distribuita in tre distretti sanitari. Visti i differenti bacini di utenza e le caratteristiche orografiche del territorio, per poter analizzare al meglio le caratteristiche della popolazione ragusana, si è deciso di prendere come riferimento la popolazione dei 3 distretti sanitari di Ragusa, Modica e Vittoria.

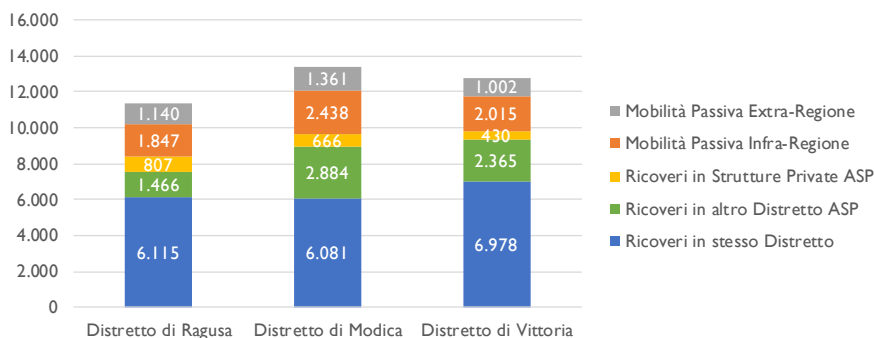
Il tasso di ospedalizzazione risulta leggermente più elevato nel distretto di Vittoria. Inoltre sono stati analizzati per ciascun distretto i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intra ed extraregionale e dalle analisi si rileva che nel distretto di Modica si ha la maggiore mobilità intraregionale e nei distretti di Ragusa e Modica la maggiore mobilità extraregionale.

Distribuzione della Domanda per Distretto di Residenza Ricoveri ASP - Mobilità passiva



Distretto di Residenza	Strutture pubbliche						Strutture Private		Mobilità passiva				Totale	
	Distretto di Ragusa	%Tot	Distretto di Modica	%Tot	Distretto di Vittoria	%Tot	Priv. ASP	%Tot	Infra-Regione	%Tot	Extra-Regione	%Tot		
Distretto di Ragusa	6.115	57%	403	6%	1.063	13%	807	42%	1.847	29%	1.140	33%	11.375	30%
Distretto di Modica	2.435	23%	6.081	90%	449	5%	666	35%	2.438	39%	1.361	39%	13.430	36%
Distretto di Vittoria	2.086	20%	279	4%	6.978	82%	430	23%	2.015	32%	1.002	29%	12.790	34%
<b>Totale</b>	<b>10.636</b>	<b>100%</b>	<b>6.763</b>	<b>100%</b>	<b>8.490</b>	<b>100%</b>	<b>1.903</b>	<b>100%</b>	<b>6.300</b>	<b>100%</b>	<b>3.503</b>	<b>100%</b>	<b>37.595</b>	<b>100%</b>

### Analisi della Domanda per Distretto di Residenza

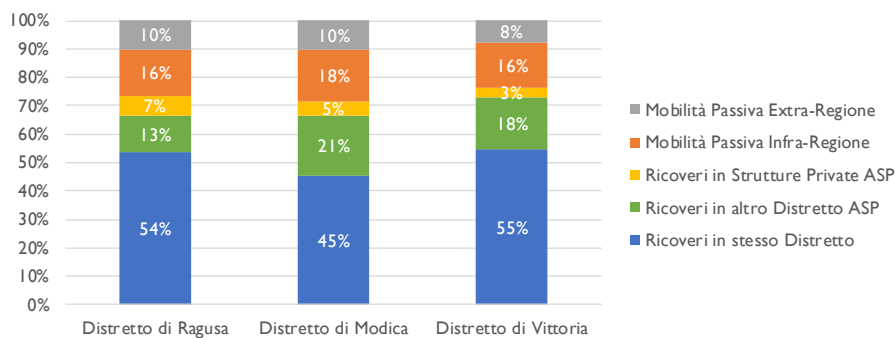


Relativamente all'ospedalizzazione sono stati analizzati anche i movimenti complessivi dei residenti ragusani (mobilità intradistrettuale). In particolare, si rileva che la popolazione del Distretto di Ragusa presenta flussi minimi di mobilità intra-distrettuale (13%). Analizzando invece la popolazione del Distretto di Modica si rileva una percentuale del 21% di ricoveri erogati presso strutture pubbliche di altri distretti dell'ASP di Ragusa e 18% di ricoveri in mobilità passiva intraregionale. Relativamente alla popolazione del Distretto di Vittoria, emerge una percentuale del 18% di ricoveri erogati presso strutture pubbliche di altri distretti dell'ASP di Ragusa e 16% in mobilità passiva intraregionale.

ASP di Ragusa - Distribuzione della Domanda per Distretto di Residenza (anno 2019)

Distretto di Residenza	Strutture pubbliche			Str.Priv.	Mobilità passiva		Totale
	Distretto di Ragusa	Distretto di Modica	Distretto di Vittoria	Priv. ASP	Infra-Regione	Extra-Regione	
Distretto di Ragusa	54%	4%	9%	7%	16%	10%	100%
Distretto di Modica	18%	45%	3%	5%	18%	10%	100%
Distretto di Vittoria	16%	2%	55%	3%	16%	8%	100%
<b>Totale</b>	<b>28%</b>	<b>18%</b>	<b>23%</b>	<b>5%</b>	<b>17%</b>	<b>9%</b>	<b>100%</b>

### Distribuzione della Domanda per Distretto di Residenza



### Analisi dell'Offerta per Distretto

ASP di Ragusa - Analisi dell'Offerta per Distretto (anno 2019)

Numero di ricoveri	Distretto di Ragusa	%Tot	Distretto di Modica	%Tot	Distretto di Vittoria	%Tot	Strutt. Private	%Tot	Totale	%Tot
	Residenti ASP Ragusa	10.636	89%	6.763	83%	8.490	90%	1.903	78%	27.792
Mobilità attiva infra-Regione	1.132	10%	1.221	15%	801	8%	493	20%	3.647	11%
Mobilità attiva extra-Regione	136	1%	127	2%	183	2%	33	1%	479	2%
<b>Totale</b>	<b>11.904</b>	<b>37%</b>	<b>8.111</b>	<b>25%</b>	<b>9.474</b>	<b>30%</b>	<b>2.429</b>	<b>8%</b>	<b>31.918</b>	<b>100%</b>

Analizzando, a livello generale e per singolo Distretto i dati di produzione ospedaliera di tutte le strutture pubbliche e private presenti sul territorio, si rilevano circa 32.000 ricoveri di cui l'87% erogati ai residenti del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa e circa il 13% in mobilità attiva intra ed extraregionale.

Nelle strutture del Distretto Sanitario di Modica si rileva la percentuale più elevata di mobilità attiva.





## ***Analisi della Domanda***

*Ricoveri dei residenti nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa  
in strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa*



## Analisi della domanda

### Ricoveri dei residenti nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa in strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa

#### Caratteristiche dei ricoveri in DO

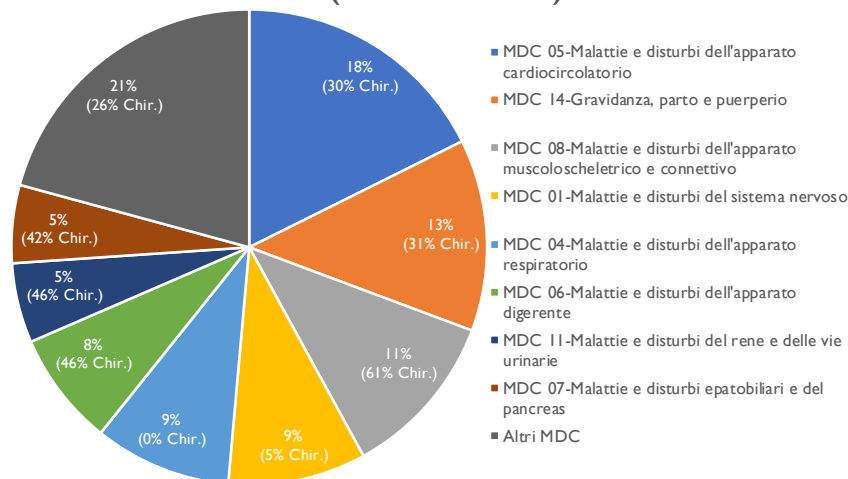
La popolazione ragusana pari a circa 315.000 (ISTAT 01.01.2019) esprime una domanda di ricovero ordinario, nelle strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa, pari a 23.064 ricoveri, di cui 21.672 per acuti e 1.392 per post-acuti.

La percentuale dei ricoveri ordinari degli **over 65 anni** è pari a circa il 49% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 32%.

Analizzando le **categorie diagnostiche principali (MDC)** emerge che circa il 18% dei ricoveri afferisce a Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, circa il 13% a Gravidanza e parto, circa il 11% a Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico ed il 9% sia a Malattie e disturbi del sistema nervoso sia a Malattie dell'apparato respiratorio.

In relazione alla **complessità** dei ricoveri ordinari per acuti, si rileva che, a fronte di un peso medio pari a circa 1,02 circa il 55% dei ricoveri presenta un peso medio inferiore ad 1, circa il 36% un peso medio ricompreso tra 1 e 2, il 9% un peso medio superiore a 2. Considerando il totale dei ricoveri in degenza ordinaria per acuti si rileva una percentuale di ricoveri **chirurgici** pari a circa il 33% e una percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriately pari all'11%.

**Strutture pubbliche e private ASP Ragusa  
Ricoveri DO (Acuti e Post-Acuti): 23.064**



Dettaglio Acuti e Post-Acuti							
	Numero Casi	%Numero Casi	%Numero Giornate	Degenza Media	%Casi Chirurgici	%Casi ARI	Peso Medio
Acuti	21.672	94%	83%	6,0	33%	11%	1,1
Post-Acuti	1.392	6%	17%	19,2	0%	0%	0,8
<b>Totale</b>	<b>23.064</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>6,8</b>	<b>31%</b>	<b>11%</b>	<b>1,0</b>

Sesso	%Numero Casi	%Numero Giornate
Maschi	47%	49%
Femmine	53%	51%

Dettaglio DRG e Diagnosi ICD-IX-CM (Acuti)		
	%cum Casi	%cum Giornate
Primi 30 DRG	51%	50%
Prime 30 Diagnosi	33%	30%

Età	%Numero Casi	over 65	%Numero Giornate	over 65
0-14	9%		7%	
15-54	31%		22%	
55-64	11%		11%	
65-74	16%		19%	
75-84	20%	49%	26%	60%
>=85	12%		16%	

Distribuzione Pesì Drg (Acuti)			
Peso Drg	Numero Casi	%Casi	%cum Casi
<0,5	3.597	17%	17%
0,50-1	8.377	39%	55%
1-1,50	6.028	28%	83%
1,50-2	1.664	8%	91%
2-2,5	1.354	6%	97%
>2,50	652	3%	100%

## Ricoveri in DO per fasce di durata della degenza (Acuti)

Considerando la durata della degenza per i ricoveri ordinari per acuti erogati ai residenti del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa che si curano nelle strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa, si evince quanto di seguito dettagliato:

- circa il **63%** di tutti i ricoveri presentano una durata della degenza ricompresa tra **0 e 5 giorni**. Sono caratterizzati da un'età media bassa (inferiore a 50 anni), una concentrazione di over 65 anni intorno al 35%, una bassa complessità (peso medio inferiore ad 1) ed una percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza, maggiore rispetto alle altre fasce di durata della degenza, con una percentuale superiore al 10%.
- all'aumentare della durata della degenza (maggiore a **6 giorni**) si rileva un innalzamento dell'età media e della percentuale degli over 65 anni (superiore al 60%). Il peso medio, *proxy* della complessità, cresce all'aumentare delle giornate di degenza, fino a raddoppiare nella fascia "> 15". Contestualmente si riducono i ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza.

Pertanto all'aumentare della durata dei ricoveri aumenta l'età media degli assistiti e soprattutto la complessità delle patologie trattate.

Ricoveri DO per Acuti per fascia di durata della degenza								
Fasce durata degenza	Num. Casi	%Num. Casi	Età media	Casi over65	%Casi over65	Peso medio	Casi ARI	%Casi ARI
0-1	1.767	8%	54	695	39%	0,9	573	32%
2-5	11.892	55%	49	4.051	34%	0,9	1.140	10%
6-10	4.974	23%	63	2.951	59%	1,2	438	9%
11-15	1.743	8%	70	1.242	71%	1,3	111	6%
>15	1.296	6%	67	873	67%	1,7	51	4%
<b>Totale</b>	<b>21.672</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>9.812</b>	<b>45%</b>	<b>1,1</b>	<b>2.313</b>	<b>11%</b>

## Analisi dei principali DRG in DO (Acuti)

Ricoveri DO per Acuti per DRG									
N	DRG-Descrizione	Tip o	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	dvstd	Peso medio
1	373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	1.619	7%	11%	5.019	3,1	1,9	0,4
2	127-Insufficienza cardiaca e shock	M	1.024	5%	18%	8.575	8,4	5,8	1,0
3	371-Parto cesareo senza CC	C	824	4%	12%	3.376	4,1	2,5	0,7
4	014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	610	3%	22%	4.087	6,7	5,9	1,3
5	087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	549	3%	26%	4.688	8,5	6,7	1,2
6	544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	517	2%	19%	3.868	7,5	3,8	2,0
7	316-Insufficienza renale	M	417	2%	29%	3.212	7,7	5,8	1,2
8	494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	404	2%	25%	1.150	2,8	2,8	0,9
9	089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	362	2%	31%	3.819	10,5	7,6	1,1
10	430-Psicosi	M	340	2%	34%	3.614	10,6	8,3	0,8
11	395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	333	2%	36%	2.733	8,2	5,9	0,9
12	359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	292	1%	29%	1.331	4,6	2,2	1,0
13	557-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	291	1%	33%	1.842	6,3	5,2	2,2
14	524-Ischemia cerebrale transitoria	M	284	1%	38%	1.486	5,2	3,8	0,8
15	125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	261	1%	40%	655	2,5	1,4	0,7
16	015-Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	M	257	1%	41%	1.072	4,2	2,4	0,9
17	558-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	235	1%	36%	732	3,1	2,1	1,7
18	219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	C	217	1%	39%	1.152	5,3	3,4	1,3
19	211-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	207	1%	42%	1.525	7,4	4,1	1,7
20	576-Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	M	198	1%	43%	1.771	8,9	10,2	1,6
21	204-Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	M	198	1%	44%	1.791	9,0	5,2	1,1
22	310-Interventi per via transuretrale con CC	C	193	1%	45%	616	3,2	2,0	1,0
23	183-Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	187	1%	45%	954	5,1	3,4	0,6
24	552-Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	183	1%	48%	732	4,0	3,6	1,6
25	139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	179	1%	47%	519	2,9	2,0	0,5
26	311-Interventi per via transuretrale senza CC	C	178	1%	50%	556	3,1	1,9	0,7
27	389-Neonati a termine con affezioni maggiori	M	176	1%	48%	1.326	7,5	8,0	0,7
28	122-Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	M	172	1%	49%	543	3,2	2,9	1,2
29	379-Minaccia di aborto	M	166	1%	50%	653	3,9	6,5	0,4
30	210-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	C	163	1%	52%	1.620	9,9	5,5	2,1
Totale primi 30 DRG			11.036	51%		65.017	5,9		1,0
Altri DRG			10.636	49%		65.931	6,2		
<b>Totale</b>			<b>21.672</b>	<b>100%</b>		<b>130.948</b>	<b>6,0</b>		<b>1,1</b>

\*I ricoveri potenzialmente inappropriati (108DRG, evidenziati in tabella) non tengono conto delle eccezioni del Patto della Salute.

Per quanto riguarda la classificazione delle principali cause di ricovero (DRG's) si rileva che:

- i primi 30 DRG rappresentano circa il 51% dei ricoveri, il 50% della risorsa «giornate di degenza» e sono caratterizzati da un peso medio pari a 1;
- il primo DRG chirurgico, escluso il parto cesareo, si trova al sesto posto con “Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori”.

All'interno della tabella sono stati evidenziati i DRG potenzialmente inappropriati se erogati in regime ordinario. Si evidenziano 333 ricoveri per anomalie dei globuli rossi, 187 ricoveri erogati per l'esofagite senza complicanze con età superiore ai 17 anni, circa 179 casi per aritmie e alterazioni della conduzione cardiaca senza complicanze.

## Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DO (Acuti)

Ricoveri DO per Acuti per Diagnosi principale								
N	Codice ICD-IX-CM -Descrizione	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	dvstd	Peso medio
1	6581 I -Rottura prematura delle membrane, parto con o senza menzione della condizione antepartum	457	2%	2%	1.425	3,1	1,3	0,5
2	4139-Altre e non specificate forme di angina pectoris	444	2%	4%	1.350	3,0	2,2	1,1
3	650-Parto normale	428	2%	6%	1.288	3,0	2,6	0,4
4	4281 -Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	416	2%	8%	3.642	8,8	5,9	1,2
5	41071 -Infarto subendocardico, episodio iniziale di assistenza	368	2%	10%	1.668	4,5	4,0	1,7
6	65421 -Pregresso parto cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio, parto con o senza menzione della condizione antepartum	334	2%	11%	1.195	3,6	1,7	0,7
7	51884-Insufficienza respiratoria acuta e cronica	325	1%	13%	3.141	9,7	7,9	1,6
8	51881 -Insufficienza respiratoria	318	1%	14%	2.904	9,1	9,5	1,9
9	43401 -Trombosi cerebrale con infarto cerebrale	317	1%	16%	1.745	5,5	3,7	1,4
10	57420-Calcolosi della colecisti senza menzione di colecistite, senza menzione di ostruzione	284	1%	17%	766	2,7	2,0	0,9
11	485-Broncopolmonite, non specificata	261	1%	18%	2.095	8,0	7,0	0,9
12	66401 -Lacerazione perineale di primo grado, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum	241	1%	19%	683	2,8	0,9	0,4
13	5849-Insufficienza renale acuta, non specificata	221	1%	20%	1.560	7,1	5,2	1,2
14	71516 -Artrosi localizzata primaria, ginocchio	220	1%	21%	1.419	6,5	3,4	2,0
15	4829-Polmonite batterica, non specificata	200	1%	22%	1.980	9,9	6,0	1,1
16	82020-Sezione trocanterica, non specificata	198	1%	23%	1.802	9,1	4,5	1,9
17	5770-Pancreatite acuta	198	1%	24%	1.844	9,3	5,6	1,1
18	4273 I -Fibrillazione atriale	185	1%	25%	660	3,6	3,5	0,8
19	60001 -Ipertrfia prostatica benigna con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (luts)	181	1%	26%	888	4,9	2,6	1,1
20	4280-Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)	158	1%	27%	1.309	8,3	6,9	1,1
21	4358-Altra ischemia cerebrale transitoria specificata	155	1%	27%	632	4,1	2,6	0,8
22	5921-Calcolosi ureterale	154	1%	28%	445	2,9	1,9	1,1
23	2765 I -Disidratazione	147	1%	29%	561	3,8	3,5	0,4
24	6641 I -Lacerazione perineale di secondo grado, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum	144	1%	29%	408	2,8	1,0	0,4
25	436-Vasculopatie cerebrali acute, mal definite	139	1%	30%	518	3,7	1,8	0,9
26	78609-Altre dispnee e anomalie respiratorie	129	1%	31%	603	4,7	3,3	0,6
27	1888-Tumori maligni di altre specificate sedi della vescica	128	1%	31%	458	3,6	2,6	0,9
28	71515 -Artrosi localizzata primaria, anca	124	1%	32%	900	7,3	3,4	2,0
29	4359-Ischemia cerebrale transitoria non specificata	119	1%	32%	757	6,4	4,5	0,8
30	4289-Insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato)	118	1%	33%	973	8,2	5,1	1,1
Totale prime 30 Diagnosi		7.111	33%		39.619	5,6		1,1
Altre diagnosi		14.561	67%		91.329	6,3		
<b>Totale</b>		<b>21.672</b>	<b>100%</b>		<b>130.948</b>	<b>6,0</b>		<b>1,1</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali diagnosi di ricovero (ICD IX) si rileva che i primi 30 ICD IX rappresentano circa il 33% dei ricoveri e che oltre alle diagnosi relative al parto normale, come principali diagnosi si rilevano diagnosi relative all'insufficienza respiratoria e cardiaca.

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Presidi Ospedalieri

Ricoveri DO per Acuti - Focus Presidi Ospedalieri										
Codice struttura	Denominazione Struttura	Distretto	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio
00190338	P.O. Civile - M.P.Arezzo Di Ragusa	Distretto di Ragusa	8.593	40%	40%	55.249	6,4	39%	10%	1,1
00190342	P.O. R. Guzzardi Di Vittoria	Distretto di Vittoria	6.799	31%	71%	35.125	5,2	25%	11%	1,0
00190340	P.O. Maggiore Di Modica	Distretto di Modica	5.127	24%	95%	35.256	6,9	23%	12%	1,0
00190552	Casa Di Cura Clinica Del Mediterraneo -	Privato	927	4%	99%	2.804	3,0	94%	14%	1,3
00190341	P.O. Busacca Di Scicli	Distretto di Modica	226	1%	100%	2.514	11,1	0%	1%	0,8
<b>Totale</b>			<b>21.672</b>	<b>100%</b>		<b>130.948</b>	<b>6,0</b>	<b>33%</b>	<b>11%</b>	<b>1,1</b>

Analizzate le caratteristiche di tutti i ricoveri ordinari erogati ai residenti del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa in strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa, è stata condotta un'analisi dei principali indicatori di attività per struttura. In particolare emerge che la struttura che produce il maggior numero di ricoveri ordinari per acuti ai residenti è l'Ospedale Civile-Maria Paternò Arezzo di Ragusa seguito dall'Ospedale Guzzardi di Vittoria e dall'Ospedale Maggiore di Modica.

Tra i tre ospedali, che complessivamente erogano circa il 95% dei ricoveri ordinari dei residenti, l'Ospedale di Ragusa è quello che presenta una maggiore casistica di tipo chirurgico; nel P.O. di Vittoria si rileva una degenza media più bassa. Relativamente alla complessità si rileva un peso medio speculare tra le tre strutture.

La quarta struttura per numero di ricoveri per acuti ai residenti dell'ASP di Ragusa è la Casa di Cura Clinica del Mediterraneo che eroga prevalentemente prestazioni di tipo chirurgico e con una complessità maggiore rispetto alle strutture pubbliche ma una percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriately maggiore rispetto alla media delle strutture pubbliche.

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione

Ricoveri DO per Acuti - Focus Discipline										
UO Dimissione	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	%Casi pubbl.	%Casi priv.	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio	
Medicina	3.680	17%	17%	100%	0%	7,4	1%	11%	1,1	
Ostetricia E Ginecologia	3.464	16%	33%	100%	0%	3,5	38%	5%	0,6	
Cardiologia	2.736	13%	46%	99%	1%	5,5	37%	4%	1,3	
Chirurgia	2.298	11%	56%	89%	11%	5,4	65%	28%	1,1	
Ortopedia	1.832	8%	65%	86%	14%	6,0	87%	15%	1,5	
Pediatria	1.490	7%	72%	100%	0%	4,0	0%	12%	0,6	
Neurologia	1.076	5%	76%	100%	0%	4,5	0%	4%	1,1	
Urologia	831	4%	80%	68%	32%	3,7	94%	7%	1,1	
Geriatria	628	3%	83%	100%	0%	11,3	0%	6%	1,1	
Malattie Infettive	563	3%	86%	100%	0%	10,6	1%	8%	1,1	
Oncologia	455	2%	88%	100%	0%	11,5	4%	16%	1,1	
Nefrologia	436	2%	90%	100%	0%	7,8	19%	3%	1,3	
Psichiatria	434	2%	92%	100%	0%	9,8	0%	2%	0,7	
Neonatologia	407	2%	94%	100%	0%	10,8	0%	2%	1,3	
Chirurgia Vascolare	370	2%	96%	100%	0%	9,7	62%	27%	1,4	
Utic	312	1%	97%	100%	0%	3,8	18%	0%	1,3	
Rianimazione	247	1%	98%	100%	0%	10,3	22%	0%	2,9	
Oculistica	200	1%	99%	100%	0%	3,0	81%	83%	0,7	
Chirurgia Maxillo Facciale	118	1%	100%	0%	100%	3,6	99%	8%	1,6	
Otorino	87	0%	100%	100%	0%	3,3	84%	8%	0,9	
Terapia Intensiva Neonatale	8	0%	100%	100%	0%	25,9	0%	0%	0,7	
<b>Totale</b>			<b>21.672</b>	<b>100%</b>		<b>6,0</b>	<b>33%</b>	<b>11%</b>	<b>1,1</b>	

Sono stati analizzati anche i reparti di dimissione individuando per singola disciplina le principali caratteristiche di complessità e appropriatezza nonché le percentuali di ricoveri erogate dalle strutture pubbliche e private.

## Caratteristiche dei ricoveri in DH

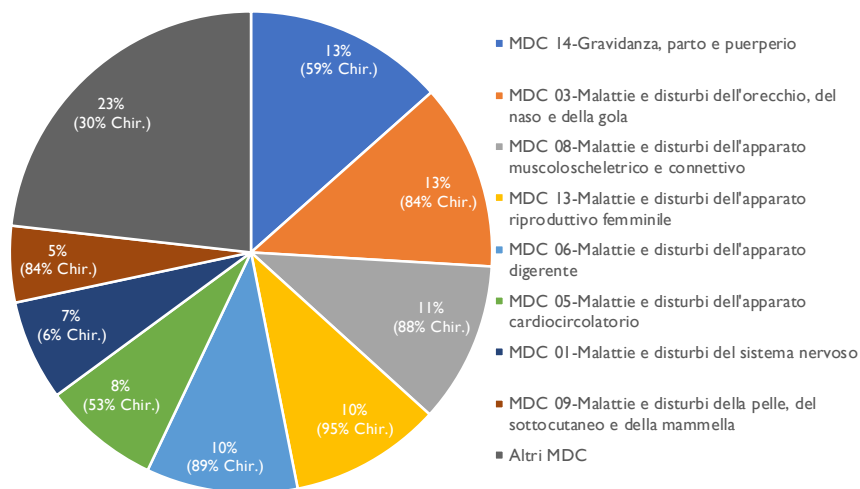
Relativamente ai circa 4.700 **ricoveri diurni** erogati ai residenti del bacino di utenza della ASP di Ragusa nelle strutture pubbliche e private ubicate nel suo territorio, si rileva che la percentuale dei ricoveri degli **over 65 anni** è pari al 25% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 12%.

Analizzando le **categorie diagnostiche principali** (MDC) emerge che circa il 13% dei ricoveri afferisce a Gravidanza, parto e puerperio, circa il 13% a Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola, l'11% alle Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo ed il 10% sia a Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile sia a Malattie e disturbi dell'apparato digerente.

Relativamente alle caratteristiche di tali ricoveri per acuto emerge che circa il 60% è tipo chirurgico e complessivamente si rilevano circa 2,3 accessi medi.

Infine, dei 4.728 ricoveri totali, 53 ricoveri sono erogati per attività di post-acuzie con un numero di accessi medi pari a 30.

**Strutture pubbliche e private ASP Ragusa  
Ricoveri DH (Acuti e Post-Acuti): 4.728**



Dettaglio Acuti e Post-Acuti					
	Numero Casi	%Numero Casi	%Numero Accessi	Accessi Medi	%Casi Chirurgici
Acuti	4.675	99%	87%	2,3	63%
Post-Acuti	53	1%	13%	30,2	0%
<b>Totale</b>	<b>4.728</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>2,6</b>	<b>63%</b>

Sesso	%Numero Casi	%Numero Accessi
Maschi	44%	49%
Femmine	56%	51%

Dettaglio DRG e Diagnosi ICD-IX-CM (Acuti)		
	%cum Casi	%cum Accessi
Primi 30 DRG	67%	61%
Prime 30 Diagnosi	50%	47%

Età	%Numero Casi	over 65	%Numero Accessi	over 65
0-14	8%		7%	
15-54	52%		48%	
55-64	15%		18%	
65-74	14%		16%	
75-84	9%	25%	10%	27%
>=85	3%		2%	

## Analisi dei principali DRG in DH (Acuti)

Ricoveri DH per Acuti per DRG						
N	DRG-Descrizione	Tipo	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am
1	381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	370	8%	8%	1,7
2	162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	321	7%	15%	2,0
3	364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	291	6%	21%	1,7
4	380-Aborto senza dilatazione e raschiamento	M	238	5%	26%	2,2
5	359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	143	3%	29%	1,6
6	467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	139	3%	32%	1,4
7	225-Interventi sul piede	C	132	3%	35%	1,2
8	395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	123	3%	38%	9,5
9	169-Interventi sulla bocca senza CC	C	121	3%	40%	1,0
10	060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	113	2%	43%	1,9
11	224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	C	94	2%	45%	1,2
12	058-Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	80	2%	46%	1,9
13	118-Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	78	2%	48%	1,0
14	267-Interventi perianali e pilonidali	C	76	2%	50%	1,9
15	229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	C	72	2%	51%	1,3
16	045-Malattie neurologiche dell'occhio	M	65	1%	53%	3,5
17	538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	63	1%	54%	1,1
18	042-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	60	1%	55%	2,2
19	160-Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	60	1%	56%	2,2
20	119-Legatura e stripping di vene	C	59	1%	58%	1,2
21	047-Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	M	54	1%	59%	4,3
22	012-Malattie degenerative del sistema nervoso	M	52	1%	60%	4,1
23	139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	47	1%	61%	1,5
24	056-Rinoplastica	C	47	1%	62%	1,0
25	420-Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	M	43	1%	63%	2,0
26	266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	43	1%	64%	1,2
27	234-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	C	42	1%	65%	1,1
28	055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	42	1%	66%	1,6
29	342-Circoncisione, età > 17 anni	C	41	1%	67%	1,1
30	404-Linfoma e leucemia non acuta senza CC	M	39	1%	67%	2,4
Totale primi 30 DRG			3.148	67%		2,1
Altri DRG			1.527	33%		2,7
<b>Totale</b>			<b>4.675</b>	<b>100%</b>		<b>2,3</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali cause di ricovero (DRG's) si rileva che:

- i primi 30 DRG rappresentano circa il 67% dei ricoveri;
- nei primi 30 DRG si rilevano 2/3 di DRG di tipo chirurgico.

Il primo DRG è rappresentato da “Aborto con dilatazione e raschiamento..” e al secondo posto il DRG “Ernia inguinale”.

## Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DH (Acuti)

Ricoveri DH per Acuti per Diagnosi principale					
N	Codice ICD-IX-CM -Descrizione	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am
1	55090-Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	298	6%	6%	2,0
2	632-Aborto ritenuto	275	6%	12%	1,4
3	63590-Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, non specificato se completo o incompleto	170	4%	16%	2,2
4	6210-Polipo del corpo dell'utero	162	3%	19%	1,7
5	63592-Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, completo	137	3%	22%	2,4
6	62130-Iperplasia endometriale non specificata	105	2%	25%	1,8
7	47410-Ipertrofia della tonsilla con le adenoidi	93	2%	27%	1,9
8	7350-Alluce valgo (acquisito)	82	2%	28%	1,2
9	28249-Altre talassemie	77	2%	30%	13,8
10	6266-Metrorragia	71	2%	31%	1,7
11	47402-Tonsillite ed adenoidite croniche	71	2%	33%	2,0
12	V5331-Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco	65	1%	34%	1,0
13	6851-Senza menzione di ascesso	56	1%	36%	2,1
14	V642-Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente	53	1%	37%	1,3
15	7806-Febbre	50	1%	38%	2,6
16	605-Prepuzio esuberante e fimosi	50	1%	39%	1,1
17	V5401-Trattamento per rimozione di dispositivo di fissazione interna	48	1%	40%	1,0
18	470-Deviazione del setto nasale	48	1%	41%	1,0
19	V643-Procedura non eseguita per altre ragioni	42	1%	42%	1,2
20	81341-Frattura di colles	41	1%	43%	1,0
21	5226-Periodontite cronica apicale	40	1%	44%	1,0
22	340-Sclerosi multipla	38	1%	44%	6,2
23	4371-Altres vasculopatie ischemiche cerebrali generalizzate	36	1%	45%	1,9
24	42731-Fibrillazione atriale	36	1%	46%	1,1
25	81340-Frattura chiusa delle estremità distali di radio e ulna, non specificata	34	1%	47%	1,4
26	4372-Encefalopatia ipertensiva	33	1%	47%	1,3
27	4139-Altres e non specificate forme di angina pectoris	33	1%	48%	1,1
28	5531-Ernia ombelicale, senza menzione di ostruzione o gangrena	33	1%	49%	2,2
29	5952-Altra cistite cronica	32	1%	49%	1,0
30	5206-Disturbi dell'eruzione del dente	31	1%	50%	1,0
Totale prime 30 Diagnosi		2.340	50%		2,1
Altre diagnosi		2.335	50%		2,4
<b>Totale</b>		<b>4.675</b>	<b>100%</b>		<b>2,3</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali diagnosi di ricovero (ICD IX) si rileva che i primi 30 ICD IX rappresentano circa il 50% dei ricoveri e che nei primi posti si rilevano diagnosi relative all'aborto, all'ernia inguinale e altre prestazioni di carattere ginecologico.

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Presidi Ospedalieri

Ricoveri DH per Acuti - Focus Presidi Ospedalieri							
Codice struttura	Denominazione Struttura	Distretto	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am	%CasiC
19033800	P.O. Civile - M.P.Arezzo Di Ragusa	Distretto di Ragusa	2.043	44%	44%	2,5	55%
19034000	P.O. Maggiore Di Modica	Distretto di Modica	1.042	22%	66%	2,2	60%
19034200	P.O. R. Guzzardi Di Vittoria	Distretto di Vittoria	809	17%	83%	2,7	55%
19033900	P.O. Regina Margherita Di Comiso	Distretto di Vittoria	403	9%	92%	1,8	95%
19055200	Casa Di Cura Clinica Del Mediterraneo	Privato	378	8%	100%	1,0	98%
<b>Totale</b>			<b>4.675</b>	<b>100%</b>		<b>2,3</b>	<b>63%</b>

Analizzate le caratteristiche di tutti i ricoveri diurni erogati ai residenti del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa, è stata condotta un'analisi dei principali indicatori di attività per struttura erogatrice. In particolare emerge che la struttura che eroga il maggior numero di ricoveri diurni per acuti ai residenti è l'Ospedale Civile-Maria Paternò Arezzo di Ragusa seguita dall'Ospedale Maggiore di Modica e dall'Ospedale Guzzardi di Vittoria.

Tra i tre ospedali, che complessivamente erogano circa l'83 % dei ricoveri diurni, l'Ospedale di Vittoria è quello dove si rileva un numero di accessi medi superiore, mentre l'Ospedale di Modica è quello in cui si rileva la percentuale di ricoveri chirurgici sul totale dei ricoveri più elevata.

Si rileva che l'Ospedale di Comiso, seppur presenta un numero non elevato di casi sul totale, presenta una elevata percentuale di ricoveri di tipo chirurgico con circa 2 accessi medi. Anche la Casa di Cura privata presenta una casistica prevalentemente di tipo chirurgico.

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione

Ricoveri DH per Acuti - Focus Discipline							
UO Dimissione	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	%Casi pubbl.	%Casi priv.	Am	%CasiC
Ostetricia E Ginecologia	1.194	26%	26%	92%	8%	1,8	70%
Chirurgia	781	17%	42%	98%	2%	1,7	94%
Ortopedia	490	10%	53%	79%	21%	1,2	96%
Otorino	432	9%	62%	99%	1%	1,7	76%
Cardiologia	282	6%	68%	100%	0%	1,2	50%
Medicina	258	6%	74%	100%	0%	3,5	0%
Oculistica	247	5%	79%	100%	0%	3,2	46%
Malattie Infettive	208	4%	83%	100%	0%	4,6	1%
Ematologia	188	4%	87%	100%	0%	8,5	0%
Urologia	156	3%	91%	72%	28%	1,1	88%
Pediatria	92	2%	93%	100%	0%	1,6	0%
Neurologia	84	2%	94%	100%	0%	6,0	0%
Chirurgia Maxillo Facciale	77	2%	96%	0%	100%	1,0	99%
Chirurgia Vascolare	73	2%	98%	99%	1%	1,2	86%
Nefrologia	37	1%	98%	100%	0%	4,7	19%
Chirurgia plastica	36	1%	99%	0%	100%	1,2	92%
Oncologia	35	1%	100%	100%	0%	3,7	9%
Rianimazione	5	0%	100%	100%	0%	1,0	40%
<b>Totale</b>	<b>4.675</b>	<b>100%</b>				<b>2,3</b>	<b>63%</b>

Circa l'80% di tutti i ricoveri è concentrato in 7 discipline, con percentuali chirurgiche elevate nei reparti con vocazione chirurgica.





## ***Analisi della Domanda***

*Ricoveri dei residenti nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa  
in mobilità passiva intraregionale*



## Ricoveri dei residenti nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa in mobilità passiva intraregionale

### Caratteristiche dei ricoveri in DO

Relativamente ai 4.596 ricoveri ordinari erogati ai residenti del bacino della ASP di Ragusa in strutture pubbliche e private di altre ASP della Regione Siciliana (Mobilità Passiva Intraregionale) si rileva che circa 240 ricoveri riguardano attività di post-accuzie.

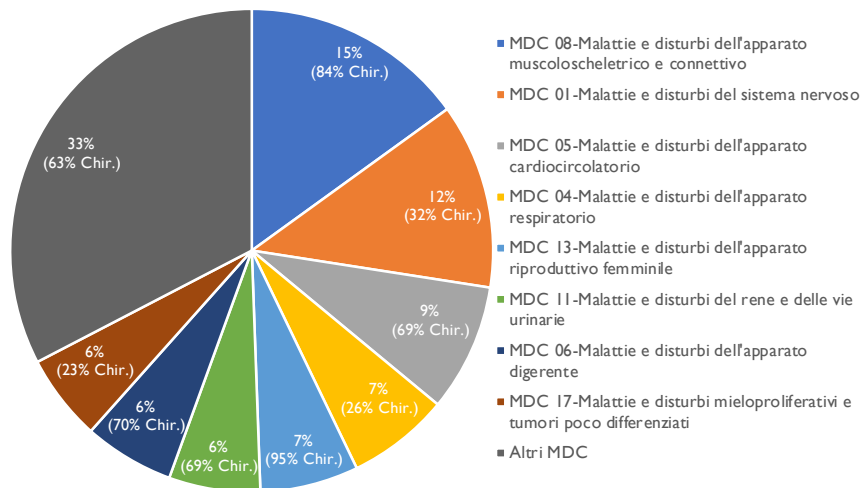
La percentuale dei ricoveri ordinari in mobilità passiva intraregionale degli **over 65 anni** è pari a circa il 34% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 14%. Rispetto ai ricoveri erogati ai residenti nel bacino dell'ASP si rileva una percentuale di ricoveri over 65 anni inferiore di 15 punti percentuali.

Analizzando le **categorie diagnostiche principali** (MDC) emerge che circa il 15% dei ricoveri afferisce a Malattie dell'apparato muscoloscheletrico, il 12% a Malattie del sistema nervoso, il 9% a Malattie dell'apparato cardiocircolatorio e il 7% sia a Malattie dell'apparato respiratorio sia a Malattie dell'apparato riproduttivo femminile.

In relazione alla **complessità** dei ricoveri ordinari per acuti in mobilità passiva intraregionale, si rileva che a fronte di un peso medio di 1,68 circa il 40% dei ricoveri presenta un peso medio inferiore a 1, circa il 35% un peso medio ricompreso tra 1 e 2, circa il 24% con un peso medio superiore a 2.

Considerando il totale dei ricoveri in degenza ordinaria per acuti si rileva una percentuale di **ricoveri chirurgici** pari a circa al 64% e una percentuale di ricoveri ad **elevato rischio di inappropriatelyzza** pari a circa al 11%.

**Mobilità passiva infra-Regionale**  
**Ricoveri DO (Acuti e Post-Acuti): 4.596**



Dettaglio Acuti e Post-Acuti							
	Numero Casi	%Numero Casi	%Numero Giornate	Degenza Media	%Casi Chirurgici	%Casi ARI	Peso Medio
Acuti	4.360	95%	79%	7,7	64%	11%	1,7
Post-Acuti	236	5%	21%	39,1	2%	0%	0,8
<b>Totale</b>	<b>4.596</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>9,3</b>	<b>61%</b>	<b>11%</b>	<b>1,6</b>

Sesso	%Numero Casi	%Numero Giornate
	Maschi	50%
Femmine	50%	47%

Dettaglio DRG e Diagnosi ICD-IX-CM (Acuti)			
	%cum Casi	%cum Giornate	
Primi 30 DRG	41%	34%	
Prime 30 Diagnosi	29%	23%	

Età	%Numero Casi	over 65	%Numero Giornate	over 65
	0-14	12%		14%
15-54	35%		37%	
55-64	19%		17%	
65-74	20%		20%	
75-84	12%	34%	11%	32%
>=85	2%		2%	

Distribuzione Pesi Drg (Acuti)			
Peso Drg	Numero Casi	%Casi	%cum Casi
<0,5	257	6%	6%
0,50-1	1.496	34%	40%
1-1,50	1.065	24%	65%
1,50-2	485	11%	76%
2-2,5	407	9%	85%
>2,50	650	15%	100%

## Ricoveri in DO per fasce di durata della degenza (Acuti)

Considerando la durata della degenza per i ricoveri ordinari per acuti erogati ai residenti del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa che si curano in mobilità passiva intraregionale, si evince quanto di seguito dettagliato:

- circa il 59% di tutti i ricoveri presentano una durata della degenza ricompresa tra **0 e 5 giorni**. Sono caratterizzati da un'età media bassa (intorno a 50 anni), una concentrazione di over 65 anni intorno al 30%, una bassa complessità (peso medio intorno ad 1,3) ed una percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza, maggiore rispetto alle altre fasce di durata della degenza, con una percentuale superiore al 10%.
- all'aumentare della durata della degenza (maggiore a **6 giorni**) si rileva un innalzamento dell'età media e della percentuale degli over 65 anni (superiore al 35%). Il peso medio, *proxy* della complessità, cresce all'aumentare delle giornate di degenza, fino a quasi triplicare nella fascia "> 15". Contestualmente si riducono i ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza.

Pertanto all'aumentare della durata dei ricoveri aumenta l'età media degli assistiti e soprattutto la complessità delle patologie trattate.

Ricoveri DO per Acuti per fascia di durata della degenza								
Fasce durata degenza	Num. Casi	%Num. Casi	Età media	Casi over65	%Casi over65	Peso medio	Casi ARI	%Casi ARI
0-1	202	5%	48	49	24%	0,98	68	34%
2-5	2.357	54%	51	680	29%	1,30	307	13%
6-10	954	22%	52	372	39%	1,71	69	7%
11-15	360	8%	52	131	36%	1,99	25	7%
>15	487	11%	51	165	34%	3,52	22	5%
<b>Totale</b>	<b>4.360</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>1.397</b>	<b>32%</b>	<b>1,68</b>	<b>491</b>	<b>11%</b>

## Analisi dei principali DRG in DO (Acuti)

Ricoveri DO per Acuti per DRG									
N	DRG-Descrizione	Tip o	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	dvstd	Peso medio
1	359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	175	4%	6%	757	4,3	2,6	1,0
2	544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	163	4%	12%	901	5,5	1,8	2,0
3	290-Interventi sulla tiroide	C	96	2%	16%	253	2,6	0,8	1,0
4	500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	C	88	2%	19%	432	4,9	4,8	1,3
5	260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	C	81	2%	22%	225	2,8	1,1	0,9
6	494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	78	2%	24%	241	3,1	2,8	0,9
7	104-Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	C	67	2%	27%	877	13,1	8,4	6,1
8	002-Craniotomia, età > 17 anni senza CC	C	67	2%	29%	1.098	16,4	11,6	3,2
9	337-Prostatectomia transuretrale senza CC	C	66	2%	32%	249	3,8	1,5	0,9
10	035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	65	1%	4%	430	6,6	5,5	0,7
11	410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	63	1%	8%	464	7,4	10,4	0,8
12	498-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	C	60	1%	34%	406	6,8	5,6	3,2
13	075-Interventi maggiori sul torace	C	54	1%	36%	487	9,0	7,4	2,4
14	082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	M	51	1%	11%	243	4,8	3,6	1,3
15	311-Interventi per via transuretrale senza CC	C	44	1%	37%	139	3,2	1,9	0,7
16	492-Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	M	43	1%	14%	627	14,6	7,9	1,5
17	316-Insufficienza renale	M	43	1%	17%	249	5,8	5,2	1,2
18	288-Interventi per obesità	C	42	1%	39%	165	3,9	1,7	1,9
19	026-Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	41	1%	19%	283	6,9	5,3	0,5
20	258-Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	C	40	1%	40%	155	3,9	1,7	1,2
21	203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	M	40	1%	22%	187	4,7	3,3	1,3
22	430-Psicosi	M	39	1%	24%	417	10,7	7,4	0,8
23	149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	C	39	1%	42%	383	9,8	6,6	1,9
24	305-Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	C	39	1%	43%	265	6,8	12,3	1,5
25	371-Parto cesareo senza CC	C	37	1%	44%	206	5,6	3,4	0,7
26	353-Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	C	36	1%	46%	392	10,9	8,9	1,8
27	461-Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C	36	1%	47%	156	4,3	4,3	1,5
28	491-Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	C	36	1%	48%	152	4,2	2,0	2,0
29	034-Altre malattie del sistema nervoso con CC	M	35	1%	27%	256	7,3	5,6	1,1
30	012-Malattie degenerative del sistema nervoso	M	35	1%	29%	365	10,4	6,9	0,9
Totale primi 30 DRG			1.799	41%		11.460	6,4		1,6
Altri DRG			2.561	59%		22.241	8,7		
<b>Totale</b>			<b>4.360</b>	<b>100%</b>		<b>33.701</b>	<b>7,7</b>		<b>1,7</b>

\*I ricoveri potenzialmente inappropriati (108DRG, evidenziati in tabella) non tengono conto delle eccezioni del Patto della Salute.

Per quanto riguarda la classificazione delle principali cause di ricovero (DRG's) si rileva che:

- i primi 30 DRG rappresentano circa il 41% dei ricoveri, il 34% della risorsa «giornate di degenza» e sono caratterizzati da un peso medio pari a 1,6;
- i primi DRG sono tutti di tipo chirurgico (interventi su utero, interventi ortopedici, tiroide, mastectomia, colecistectomia, ecc.) e nei primi 30 se ne rilevano circa il 70%.

All'interno della tabella sono stati evidenziati i DRG potenzialmente inappropriati se erogati in regime ordinario. Si evidenziano solamente 63 ricoveri ordinari di "Chemioterapia".

## Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DO (Acuti)

Ricoveri DO per Acuti per Diagnosi principale								
N	Codice ICD-IX-CM -Descrizione	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	dvstd	Peso medio
1	V581 I-Chemioterapia Antineoplastica	107	2%	2%	1.126	10,5	10,1	1,3
2	71516-Artrosi Localizzata Primaria,Ginocchio	86	2%	4%	468	5,4	1,8	2,0
3	72210-Ernia Del Disco Intervertebrale Lombare Senza Mielopatia	61	1%	6%	271	4,4	4,3	1,5
4	60001-Ipertrofia Prostatica Benigna Con Ostruzione Urinaria Ed Altri Sintomi Delle Basse Vie Urinarie (Luts)	59	1%	7%	249	4,2	1,9	1,0
5	57410-Calcolosi Della Colecisti Con Altra Colecistite,Senza Menzione Di Ostruzione	54	1%	8%	162	3,0	2,2	1,0
6	4241-Disturbi Della Valvola Aortica	51	1%	10%	603	11,8	9,4	5,2
7	2181-Leiomioma Intramurale Dell'Utero	48	1%	11%	183	3,8	1,2	1,0
8	2411-Obesità Grave	46	1%	12%	199	4,3	2,2	1,7
9	27801-Gozzo Multinodulare Non Tossico	46	1%	13%	121	2,6	0,8	1,0
10	1744-Tumori Maligni Del Quadrante Supero-Esterno Della Mammella Della Donna	45	1%	14%	128	2,8	1,1	1,0
11	5198-Altre Malattie Dell'Apparato Respiratorio,Non Classificate Altrove	44	1%	15%	153	3,5	3,6	0,8
12	41401-Aterosclerosi Coronarica Di Arteria Coronarica Nativa	43	1%	16%	671	15,6	12,7	3,5
13	71515-Tumori Maligni Primitivi Del Fegato	39	1%	17%	153	3,9	2,4	2,2
14	1550-Artrosi Localizzata Primaria,Anca	39	1%	18%	198	5,1	2,0	2,1
15	72402-Tumori Maligni Della Altre Sedi Specificate Della Mammella Della Donna	36	1%	18%	145	4,0	2,2	1,1
16	72761-Stenosi Del Canale Vertebrale Lombare	36	1%	19%	175	4,9	2,4	2,1
17	1748-Rottura A traumatica Completa Della Cuffia Dei Rotatori	36	1%	20%	91	2,5	1,1	1,2
18	5920-Calcolosi Renale	34	1%	21%	157	4,6	5,3	1,4
19	51881-Tumori Maligni Del Corpo Dell'Utero,Eccetto L'Istmo	33	1%	22%	266	8,1	4,7	1,6
20	1820-Insufficienza Respiratoria	33	1%	22%	805	24,4	38,7	2,9
21	7845-Altri Disturbi Della Parola	32	1%	23%	194	6,1	2,8	0,9
22	1888-Tumori Maligni Di Altre Specificate Sedi Della Vescica	31	1%	24%	118	3,8	4,4	1,0
23	V580-Tumori Maligni Della Mammella (Della Donna),Non Specificata	30	1%	25%	110	3,7	1,0	1,0
24	1749-Sessione Di Radioterapia	30	1%	25%	65	2,2	0,6	0,9
25	185-Tumori Maligni Della Prostata	29	1%	26%	139	4,8	2,5	1,5
26	193-Tumori Maligni Della Ghiandola Tiroide	28	1%	27%	77	2,8	0,9	1,0
27	1623-Tumori Maligni Del Lobo Superiore,Bronco O Polmone	27	1%	27%	216	8,0	6,8	1,8
28	1889-Tumori Maligni Di Parte Non Specificata Della Vescica	25	1%	28%	172	6,9	5,7	1,6
29	1830-Tumori Maligni Dell'Ovaio	24	1%	28%	313	13,0	6,9	1,6
30	71521-Tumori Benigni Dell'Ovaio	23	1%	29%	91	4,0	3,5	1,0
Totale prime 30 Diagnosi		1.255	29%		7.819	6,2		1,6
Altre diagnosi		3.105	71%		25.882	8,3		
<b>Totale</b>		<b>4.360</b>	<b>100%</b>		<b>33.701</b>	<b>7,7</b>		<b>1,7</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali diagnosi di ricovero (ICD IX) si rileva che i primi 30 ICD IX rappresentano circa il 30% dei ricoveri e che oltre alle diagnosi relative alla "Chemioterapia" con più di 100 casi e 10 accessi medi, si rilevano nei primi posti diagnosi relative alla "Artrosi", "Ernia del disco", "Iperatrofia prostatica", "Calcolosi della colecisti senza ostruzione".

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Province

Ricoveri DO per Acuti - Focus Province di dimissione								
Provincia	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio
Catania	2.660	61%	61%	21.820	8,2	66%	12%	1,7
Siracusa	671	15%	76%	3.463	5,2	81%	6%	1,6
Messina	445	10%	87%	4.080	9,2	47%	14%	1,6
Palermo	280	6%	93%	2.649	9,5	57%	12%	2,4
Enna	137	3%	96%	747	5,5	8%	15%	0,9
Caltanissetta	123	3%	99%	718	5,8	76%	13%	1,6
Agrigento	36	1%	100%	157	4,4	53%	0%	1,3
Trapani	8	0%	100%	67	8,4	25%	25%	0,9
<b>Totale</b>	<b>4.360</b>	<b>100%</b>		<b>33.701</b>	<b>7,7</b>	<b>64%</b>	<b>11%</b>	<b>1,68</b>

Relativamente si rileva che la provincia con maggior casistica è quella di Catania in cui vengono erogati da strutture pubbliche e private circa il 60% dei ricoveri in mobilità passiva intraregionale. Seguono le strutture ubicate nel siracusano (15%) e nel messinese (10%).

Complessivamente in queste tre province viene erogata quasi la totalità dei ricoveri ordinari per acuti in mobilità passiva intraregionale (circa 90%).

In generale si rilevano percentuali di ricoveri chirurgici superiori al valore medio quando il ricovero è erogato dalle strutture insistenti nel territorio siracusano, mento la complessità più elevata si registra nel palermitano.

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Strutture Ospedaliere

Ricoveri DO per Acuti - Focus Strutture Ospedaliere di dimissione								
Provincia	Codice-Denominazione Struttura	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio
Catania	19092100-A.O. Per L'Emergenza Cannizzaro	620	14%	14%	10,7	70%	8%	1,8
Catania	19092204-Arnas Garibaldi	553	13%	27%	6,8	64%	13%	1,4
Catania	19092301-A.O.U. Policlinico - Vittorio Emanuele	416	10%	36%	10,5	46%	18%	2,2
Messina	19092500-Azienda Osp. Univ. G. Martino	187	4%	41%	10,1	26%	17%	1,6
Catania	19051900-Humanitas Centro Catanese Di Oncologia	179	4%	45%	3,5	93%	4%	1,2
Catania	19055400-Istituto Oncologico Del Mediterraneo Spa	173	4%	49%	6,5	54%	22%	1,8
Messina	19032600-P.O.' S. Vincenzo' Taormina	149	3%	52%	10,0	50%	14%	1,6
Siracusa	19050700-Casa Di Cura Santa Lucia Glef	148	3%	56%	4,1	99%	1%	1,7
Siracusa	19055000-C. Di Cura 'Villa Azzurra' - Gesin Srl	144	3%	59%	3,8	91%	5%	1,3
Enna	19095000-Associazione Oasi Maria Ss	121	3%	62%	5,5	0%	14%	0,8
Siracusa	19050900-Ist.Ort. Villa Salus I. Galatioto Srl	121	3%	64%	3,6	89%	9%	1,6
Catania	19072400-Iscas Morgagni Nord Srl	117	3%	67%	14,8	81%	0%	3,5
Catania	19092302-A.O.U. Policlinico - Vittorio Emanuele	104	2%	70%	6,5	64%	17%	1,3
Siracusa	19034500-P.O. Umberto I (Ex A.O.)	94	2%	72%	8,9	44%	11%	1,6
Catania	19051300-Casa Di Cura G.B. Morgagni S.R.L.	85	2%	74%	3,5	80%	21%	1,2
Totale prime 15 Strutture		3.211	74%		8,0	63%	12%	1,7
Altre strutture		1.149	26%		7,0	66%	1%	1,7
<b>Totale</b>		<b>4.360</b>	<b>100%</b>		<b>7,7</b>	<b>64%</b>	<b>11%</b>	<b>1,7</b>

Analizzando i ricoveri ordinari per acuti in mobilità passiva intraregionale per azienda erogatrice, si rileva che le prime strutture per numero di ricoveri sono le Aziende Ospedaliere e Universitarie di Catania con il 14% dell'AO Cannizzaro, seguito dall'AO Garibaldi e dall'AOU Policlinico. Queste 3 strutture erogano più di un terzo di tutta la mobilità passiva intraregionale. Al quarto posto si rileva l'AOU Policlinico G. Martino di Messina e a seguire due strutture private di Catania. Si rileva infine che circa tre quarti di tutta la mobilità passiva intraregionale è erogata da 15 strutture.

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione

Ricoveri DO per Acuti - Focus Discipline							
UO Dimissione	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio
Chirurgia	808	19%	19%	5,0	86%	9%	1,4
Ortopedia	460	11%	29%	5,2	97%	10%	1,8
Ostetricia E Ginecologia	400	9%	38%	6,1	83%	9%	1,0
Neurochirurgia	307	7%	45%	11,0	80%	7%	2,2
Urologia	305	7%	52%	5,3	89%	8%	1,3
Pediatria	239	5%	58%	8,3	2%	10%	0,8
Oncologia	222	5%	63%	6,8	38%	19%	1,7
Cardiologia	181	4%	67%	6,7	67%	3%	2,6
Chirurgia toracica	157	4%	71%	6,8	61%	4%	1,8
Neurologia	132	3%	74%	9,7	8%	11%	1,2
Cardiochirurgia	97	2%	76%	18,4	98%	0%	4,5
Ematologia	92	2%	78%	22,1	14%	18%	3,3
Medicina	80	2%	80%	6,8	19%	9%	1,5
Pneumologia	73	2%	81%	6,8	4%	1%	1,1
Rianimazione	71	2%	83%	18,5	65%	0%	3,7
Otorino	68	2%	85%	5,4	85%	26%	1,2
Chirurgia Vascolare	67	2%	86%	9,8	82%	6%	1,9
Chirurgia pediatrica	59	1%	88%	7,4	76%	39%	1,0
Malattie endocrine,del ricambio e della nutrizione	52	1%	89%	6,6	6%	44%	1,0
Neonatologia	47	1%	90%	19,7	9%	6%	3,0
Altre UO	443	10%	100%	8,7	32%	23%	1,7
<b>Totale</b>	<b>4.360</b>	<b>100%</b>		<b>7,7</b>	<b>64%</b>	<b>11%</b>	<b>1,7</b>

Circa il 50% di tutti i ricoveri è concentrato in 5 discipline. Si rileva la presenza di alcune discipline con percentuali di ricoveri ad elevato rischio di inappropriata superiorità alla media.

## Caratteristiche dei ricoveri in DH

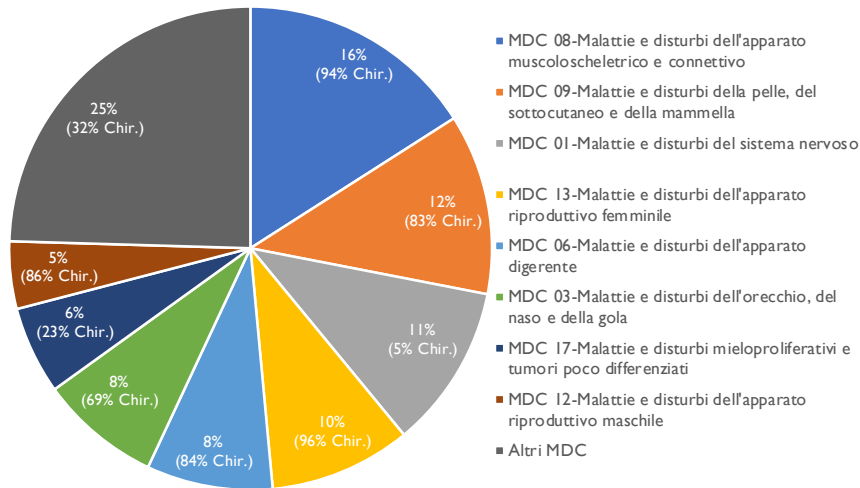
Relativamente ai circa 1.700 ricoveri diurni erogati ai residenti della area ragusana in mobilità passiva intraregionale, si rileva che la percentuale dei ricoveri degli **over 65 anni** è pari al 18% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 6%.

Analizzando le **categorie diagnostiche principali** (MDC) emerge che circa il 16% dei ricoveri affrisce a Malattie dell'apparato muscoloscheletrico, circa il 12% a Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella, circa l'11% a Malattie e disturbi del sistema nervoso.

Relativamente alle caratteristiche di tali ricoveri emerge che circa il 62% è di tipo chirurgico e complessivamente si rilevano circa 2,4 accessi medi.

Infine, dei 1.704 ricoveri totali, 59 ricoveri sono erogati per attività di post acuzie.

**Mobilità passiva infra-Regione  
Ricoveri DH (Acuti e Post-Acuti): 1.704**



Dettaglio Acuti e Post-Acuti					
	Numero Casi	%Numero Casi	%Numero Accessi	Accessi Medi	%Casi Chirurgici
Acuti	1.645	97%	96%	2,4	62%
Post-Acuti	59	3%	4%	2,8	0%
<b>Totale</b>	<b>1.704</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>2,4</b>	<b>60%</b>

Sesso	%Numero Casi	%Numero Accessi
Maschi	48%	47%
Femmine	52%	53%

Dettaglio DRG e Diagnosi ICD-IX-CM (Acuti)		
	%cum Casi	%cum Accessi
Primi 30 DRG	59%	47%
Prime 30 Diagnosi	38%	34%

Età	%Numero Casi	over 65	%Numero Accessi	over 65
0-14	18%		20%	
15-54	47%		46%	
55-64	16%		15%	
65-74	12%		14%	
75-84	5%	18%	5%	19%
>=85	1%		1%	

## Analisi dei principali DRG in DH (Acuti)

Ricoveri DH per Acuti per DRG						
N	DRG-Descrizione	Tipo	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am
1	359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	106	6%	10%	1,6
2	225-Interventi sul piede	C	100	6%	20%	1,3
3	158-Interventi su ano e stoma senza CC	C	64	4%	26%	1,3
4	467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	46	3%	7%	1,1
5	500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	C	40	2%	30%	1,1
6	234-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	C	40	2%	34%	1,0
7	364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	38	2%	38%	1,6
8	340-Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	C	35	2%	41%	1,8
9	266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	33	2%	44%	1,6
10	055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	33	2%	48%	1,8
11	261-Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	C	31	2%	51%	1,5
12	035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	29	2%	12%	2,7
13	262-Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	C	27	2%	53%	1,9
14	162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	26	2%	56%	1,7
15	026-Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	23	1%	16%	2,0
16	503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	23	1%	58%	1,8
17	013-Sclerosi multipla e atassia cerebellare	M	23	1%	20%	4,8
18	163-Interventi per ernia, età < 18 anni	C	23	1%	60%	1,5
19	381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	22	1%	62%	2,2
20	268-Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	C	22	1%	64%	2,2
21	125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	21	1%	23%	1,0
22	169-Interventi sulla bocca senza CC	C	21	1%	67%	1,3
23	410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	20	1%	26%	10,3
24	431-Disturbi mentali dell'infanzia	M	20	1%	29%	3,2
25	227-Interventi sui tessuti molli senza CC	C	18	1%	68%	1,3
26	270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	18	1%	70%	1,3
27	339-Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	C	18	1%	72%	1,8
28	284-Malattie minori della pelle senza CC	M	17	1%	32%	6,4
29	260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	C	16	1%	73%	1,6
30	408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	C	15	1%	75%	1,5
Totale primi 30 DRG			968	59%		1,9
Altri DRG			677	41%		3,1
<b>Totale</b>			<b>1.645</b>	<b>100%</b>		<b>2,4</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali cause di ricovero (DRG's) si rileva che:

- i primi 30 DRG rappresentano circa il 59% dei ricoveri;
- nei primi 30 DRG si rilevano più di 2/3 di DRG di tipo chirurgico.

Il primo DRG è rappresentato da “Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC” e “Interventi sul piede”. Si trova al quarto posto il DRG “Altri fattori che influenzano lo stato di salute”.

## Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DH (Acuti)

Ricoveri DH per Acuti per Diagnosi principale					
N	Codice ICD-IX-CM -Descrizione	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am
1	7350-Alluce Valgo (Acquisito)	89	5%	5%	1,3
2	6210-Polipo Del Corpo Dell'Utero	68	4%	10%	1,6
3	55090-Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	40	2%	12%	1,6
4	217-Tumori Benigni Della Mammella	35	2%	14%	1,7
5	72210-Ernia Del Disco Intervertebrale Lombare Senza Mielopatia	28	2%	16%	1,0
6	734-Piede Piatto	27	2%	17%	1,1
7	7525 I -Testicolo Non Disceso	24	1%	19%	1,8
8	V581 I -Chemioterapia Antineoplastica	22	1%	20%	13,9
9	V643-Procedura Non Eseguita Per Altre Ragioni	21	1%	22%	1,2
10	4553-Emorroidi Esterne Senza Menzione Di Complicazioni	19	1%	23%	1,3
11	340-Sclerosi Multipla	19	1%	24%	4,2
12	V51-Trattamento Dopo Intervento Che Richiede L'Impiego Di Chirurgia Plastica	16	1%	25%	2,2
13	7546 I -Piede Piatto Congenito	15	1%	26%	1,3
14	6851 -Cisti Pilonidale Senza Menzione Di Ascesso	15	1%	27%	1,5
15	4564-Varicocele	15	1%	28%	1,6
16	V421 -Cuore Sostituito Da Trapianto	14	1%	28%	1,1
17	V580-Sessione Di Radioterapia	14	1%	29%	6,6
18	52340-Periodontite Cronica, Non Specificata	14	1%	30%	1,0
19	4556-Emorroidi Non Specificate Senza Menzione Di Complicazioni	13	1%	31%	1,2
20	7576-Anomalie Specificate Della Mammella	12	1%	32%	1,0
21	5650-Ragade Anale	11	1%	32%	1,3
22	7020-Cheratosi Attinica	11	1%	33%	2,0
23	63592-Aborto Indotto Legalmente Senza Complicazione Riferita, Completo	10	1%	34%	2,8
24	5651 -Fistola Anale	10	1%	34%	1,6
25	V641 -Intervento Chirurgico O Altra Procedura Non Eseguiti Per Controindicazione	10	1%	35%	1,1
26	20300-Mieloma Multiplo, Senza Menzione Di Remissione	10	1%	35%	4,4
27	1733-Altri Tumori Maligni Della Cute Di Altre E Non Specificate Parti Della Faccia	10	1%	36%	1,8
28	47410-Ipertrofia Della Tonsilla Con Le Adenoidi	10	1%	37%	2,5
29	3384-Sindrome Da Dolore Cronico	10	1%	37%	2,5
30	5715-Cirrosi Epatica Senza Menzione Di Alcol	9	1%	38%	1,8
Totale prime 30 Diagnosi		621	38%		2,2
Altre diagnosi		1.024	62%		2,5
<b>Totale</b>		<b>1.645</b>	<b>100%</b>		<b>2,4</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali diagnosi di ricovero (ICD IX) si rileva che i primi 30 ICD IX rappresentano circa il 38% dei ricoveri e che nei primi posti si rilevano diagnosi relative a “Alluce Valgo”, “Polipo del corpo dell’utero” e “Enia inguinale monolaterale”.

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Province

Ricoveri DH per Acuti - Focus Province di dimissione						
Provincia	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Numero Accessi	Am	%CasiC
Catania	989	60%	60%	1.044	2,9	66%
Siracusa	224	14%	74%	332	1,8	81%
Messina	194	12%	86%	160	1,3	79%
Palermo	118	7%	93%	15	1,4	12%
Enna	91	6%	98%	22	1,7	9%
Caltanissetta	22	1%	100%	8	2,2	68%
Agrigento	6	0%	100%	3	1,5	50%
Trapani	1	0%	100%	4	4,0	100%
<b>Totale</b>	<b>1.645</b>	<b>100%</b>		<b>1.588</b>	<b>2,4</b>	<b>62%</b>

Relativamente ai ricoveri diurni si rileva che la provincia con maggior casistica è quella di Catania in cui vengono erogati da strutture pubbliche e private circa il 60% dei ricoveri in mobilità passiva intraregionale. Seguono le strutture ubicate nel siracusano (14%), e nel messinese (12%).

Complessivamente in queste tre province viene erogata quasi la totalità dei ricoveri diurni in mobilità passiva intraregionale (circa il 90%).

In generale si rilevano percentuali di ricoveri chirurgici superiori al valore medio quando il ricovero è erogato dalle strutture insistenti nel territorio siracusano, mentre gli accessi medi maggiore si rileva nelle strutture del catanese.

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Strutture Ospedaliere

Ricoveri DH per Acuti - Focus Strutture Ospedaliere di dimissione						
Provincia	Codice-Denominazione Struttura	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am	%CasiC
Catania	19092301-A.O.U. Policlinico - Vittorio Emanuele	276	17%	17%	4,9	40%
Catania	19092204-Arnas Garibaldi	194	12%	29%	2,6	69%
Catania	19051900-Humanitas Centro Catanese Di Oncologia	109	7%	35%	2,1	93%
Messina	19071600-Casa Di Cura Cappellani Giomi S.P.A.	93	6%	41%	1,0	100%
Catania	19092100-A.O. Per L'Emergenza Cannizzaro	92	6%	46%	1,3	89%
Enna	19095000-Associazione Oasi Maria Ss	87	5%	52%	1,7	7%
Catania	19092302-A.O.U. Policlinico - Vittorio Emanuele	85	5%	57%	1,7	41%
Palermo	19092900-Ircs Ismett	64	4%	61%	1,1	0%
Siracusa	19050700-Casa Di Cura Santa Lucia Glef	59	4%	64%	1,7	95%
Catania	19051300-Casa Di Cura G.B. Morgagni S.R.L.	44	3%	67%	1,0	95%
Messina	19052600-Casa Di Cura Cristo Re	37	2%	69%	1,0	100%
Messina	19092500-Azienda Osp. Univ. G. Martino	34	2%	71%	1,9	24%
Siracusa	19050900-Ist.Ort. Villa Salus I. Galatioto Srl	33	2%	73%	1,8	100%
Siracusa	19034500-P.O. Umberto I (Ex A.O.)	30	2%	75%	2,2	63%
Siracusa	19034700-Ospedale Generale Di Zona	28	2%	77%	1,9	68%
Totale prime 15 Strutture		1.265	77%		2,4	61%
Altre strutture		380	23%		2,3	67%
<b>Totale</b>		<b>1.645</b>	<b>100%</b>		<b>2,4</b>	<b>62%</b>

Analizzando i ricoveri diurni in mobilità passiva intraregionale per azienda erogatrice, si rileva che le prime strutture per numero di ricoveri sono le Aziende Ospedaliere e Universitarie di Catania con il 17% dall'AOU Policlinico e con il 12% dell'AO Garibaldi. Queste 3 strutture erogano quasi un terzo di tutta la mobilità passiva intraregionale. Al terzo posto si rileva l'Humanitas di Catania.

Si rileva infine che circa tre quarti di tutta la mobilità passiva intraregionale vengono erogati da 15 strutture.

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione

Ricoveri DH per Acuti - Focus Discipline					
UO Dimissione	Num.	%Casi	%cum	Am	%CasiC
	Casi		Casi		
Day surgery	395	24%	24%	1,7	94%
Chirurgia	268	16%	40%	1,2	64%
Ortopedia	147	9%	49%	1,1	97%
Day hospital	130	8%	57%	1,7	7%
Ostetricia E Ginecologia	94	6%	63%	1,4	96%
Otorino	86	5%	68%	1,9	76%
Chirurgia pediatrica	56	3%	71%	2,1	86%
Neuropsichiatria infantile	48	3%	74%	3,4	0%
Odontoiatria e stomatologia	45	3%	77%	1,3	51%
Dermatologia	41	2%	80%	5,1	41%
Oculistica	35	2%	82%	1,6	94%
Neurologia	35	2%	84%	3,7	6%
Pediatria	35	2%	86%	2,1	0%
Malattie endocrine,del ricambio e dell	26	2%	88%	4,9	4%
Ematologia	24	1%	89%	17,2	0%
Radiologia	21	1%	90%	1,6	52%
Chirurgia Vascolare	21	1%	92%	1,5	67%
Oncoematologia pediatrica	18	1%	93%	11,0	11%
Medicina	16	1%	94%	13,9	0%
Urologia	16	1%	95%	2,3	56%
Altre UO	88	5%	100%	4,5	22%
<b>Totale</b>	<b>1.645</b>	<b>100%</b>		<b>2,4</b>	<b>62%</b>

Circa il 50% di tutti i ricoveri diurni in mobilità passiva intraregionale è concentrato in 3 discipline.





## ***Analisi della Domanda***

*Ricoveri dei residenti nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa  
in mobilità passiva extraregionale*



## Ricoveri dei residenti nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa in mobilità passiva extraregionale

### Caratteristiche dei ricoveri in DO

Relativamente ai 2.728 ricoveri ordinari erogati ai residenti del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa nelle strutture pubbliche e private di altre Regioni (Mobilità Passiva Extraregionale) si rileva che circa il 10% dei ricoveri riguardano le attività di post acuzie.

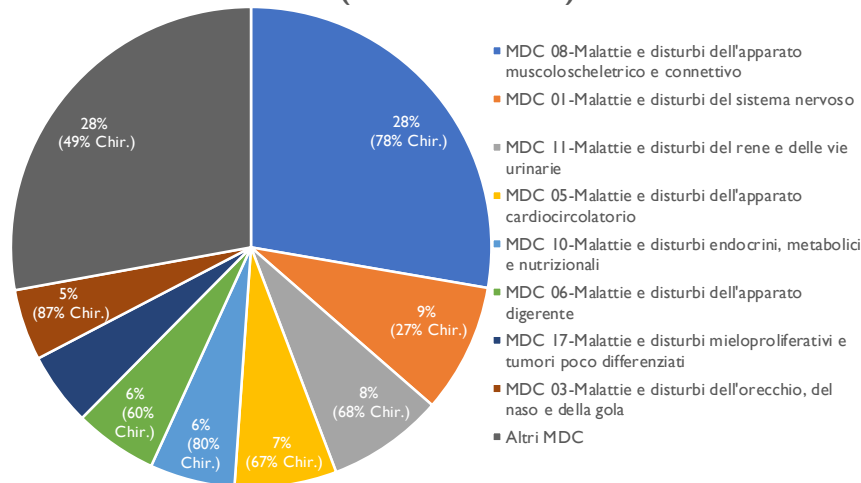
La percentuale dei ricoveri ordinari in mobilità passiva degli **over 65 anni** è pari a circa il 26% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 9%. Rispetto ai ricoveri erogati ai residenti nelle strutture del bacino di utenza della ASP di RG si rileva una percentuale di ricoveri over 65 anni inferiore di oltre 20 punti percentuali.

Analizzando le **categorie diagnostiche principali** (MDC) emerge che circa il 28% dei ricoveri affrisce a Malattie dell'apparato muscoloscheletrico, il 9% a Malattie del sistema nervoso e l'8% a Malattie del rene e delle vie urinarie.

In relazione alla **complessità** dei ricoveri ordinari per acuti in mobilità passiva, si rileva che a fronte di un peso medio di 1,5 circa il 45% dei ricoveri presenta un peso medio inferiore a 1, circa il 35% un peso medio ricompreso tra 1 e 2, circa il 20% con un peso medio superiore a 2. Rispetto ai ricoveri erogati in mobilità passiva intraregionale si rileva una complessità inferiore.

Considerando il totale dei ricoveri in degenza ordinaria per acuti si rileva una percentuale di **ricoveri chirurgici** pari a circa al 66% e una percentuale di ricoveri ad **elevato rischio di inappropriately** pari a circa al 21%, molto più elevato rispetto ai ricoveri erogati nei confini siciliani.

**Mobilità passiva extra-Regione  
Ricoveri DO (Acuti e Post-Acuti): 2.728**



Dettaglio Acuti e Post-Acuti							
	Numero Casi	%Numero Casi	%Numero Giornate	Degenza Media	%Casi Chirurgici	%Casi ARI	Peso Medio
Acuti	2.514	92%	75%	5,8	66%	21%	1,5
Post-Acuti	214	8%	25%	22,3	0%	0%	0,8
<b>Totale</b>	<b>2.728</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>7,1</b>	<b>61%</b>	<b>21%</b>	<b>1,4</b>

Sesso	%Numero Casi	%Numero Giornate
Maschi	52%	55%
Femmine	48%	45%

Dettaglio DRG e Diagnosi ICD-IX-CM (Acuti)		
	%cum Casi	%cum Giornate
Primi 30 DRG	47%	31%
Prime 30 Diagnosi	33%	25%

Età	%Numero Casi	over 65	%Numero Giornate	over 65
0-14	10%		10%	
15-54	42%		37%	
55-64	21%		21%	
65-74	17%		21%	
75-84	7%	26%	9%	32%
>=85	2%		3%	

Distribuzione Pesi Drg (Acuti)			
Peso Drg	Numero Casi	%Casi	%cum Casi
<0,5	180	7%	7%
0,50-1	915	36%	44%
1-1,50	556	22%	66%
1,50-2	347	14%	79%
2-2,5	246	10%	89%
>2,50	270	11%	100%

## Ricoveri in DO per fasce di durata della degenza (Acuti)

Considerando la durata della degenza per i ricoveri ordinari per acuti erogati ai residenti del bacino di utenza dell'ASP di Ragusa in mobilità passiva extraregionale, si evince quanto di seguito dettagliato:

- circa il **69%** di tutti i ricoveri presentano una durata della degenza ricompresa tra **0 e 5 giorni**. Sono caratterizzati da un'età media bassa (intorno a 45 anni), una concentrazione di over 65 anni intorno al 20%, una bassa complessità (peso medio intorno ad 1,3) ed una percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza, maggiore rispetto alle altre fasce di durata della degenza, con una percentuale superiore al 10%.
- all'aumentare della durata della degenza (maggiore a **6 giorni**) si rileva un innalzamento dell'età media e della percentuale degli over 65 anni (superiore al 30%). Il peso medio, proxy della complessità, cresce all'aumentare delle giornate di degenza, fino a quasi triplicare nella fascia "> 15". Contestualmente si riducono i ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza.

Pertanto all'aumentare della durata dei ricoveri aumenta l'età media degli assistiti e soprattutto la complessità delle patologie trattate.

Ricoveri DO per Acuti per fascia di durata della degenza								
Fasce durata degenza	Num. Casi	%Num. Casi	Età media	Casi over65	%Casi over65	Peso medio	Casi ARI	%Casi ARI
0-1	444	18%	45	82	18%	0,90	165	37%
2-5	1.248	50%	46	242	19%	1,30	259	21%
6-10	517	21%	51	155	30%	1,73	85	16%
11-15	129	5%	51	47	36%	2,14	13	10%
>15	176	7%	53	64	36%	3,33	8	5%
<b>Totale</b>	<b>2.514</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>590</b>	<b>23%</b>	<b>1,50</b>	<b>530</b>	<b>21%</b>

## Analisi dei principali DRG in DO (Acuti)

Ricoveri DO per Acuti per DRG									
N	DRG-Descrizione	Tip o	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	dvstd	Peso medio
1	544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	132	5%	5%	765	5,8	2,6	2,0
2	225-Interventi sul piede	C	97	4%	9%	121	1,2	0,5	0,9
3	288-Interventi per obesità	C	94	4%	13%	246	2,6	1,2	1,9
4	410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	67	3%	16%	308	4,6	3,0	0,8
5	500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	C	52	2%	18%	164	3,2	2,4	1,3
6	311-Interventi per via transuretrale senza CC	C	50	2%	20%	127	2,5	5,6	0,7
7	224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	C	47	2%	21%	92	2,0	0,8	1,0
8	498-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	C	45	2%	23%	342	7,6	3,2	3,2
9	359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	41	2%	25%	128	3,1	1,1	1,0
10	518-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	C	39	2%	26%	99	2,5	1,2	1,2
11	055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	38	2%	28%	69	1,8	1,6	0,8
12	503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	36	1%	29%	88	2,4	2,0	0,9
13	461-Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C	35	1%	31%	86	2,5	2,1	1,5
14	467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	34	1%	32%	63	1,9	2,2	0,3
15	012-Malattie degenerative del sistema nervoso	M	27	1%	33%	216	8,0	5,7	0,9
16	305-Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	C	27	1%	34%	114	4,2	2,6	1,5
17	373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	26	1%	35%	107	4,1	2,3	0,4
18	002-Craniotomia, età > 17 anni senza CC	C	26	1%	36%	195	7,5	3,1	3,2
19	042-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	26	1%	37%	67	2,6	1,9	0,8
20	203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	M	25	1%	38%	189	7,6	8,1	1,3
21	303-Interventi su rene e uretere per neoplasia	C	25	1%	39%	112	4,5	3,0	2,0
22	520-Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	C	23	1%	40%	126	5,5	2,0	2,2
23	538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	23	1%	41%	57	2,5	1,7	0,9
24	290-Interventi sulla tiroide	C	23	1%	42%	60	2,6	2,4	1,0
25	316-Insufficienza renale	M	21	1%	43%	108	5,1	3,7	1,2
26	234-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	C	21	1%	44%	81	3,9	4,6	1,3
27	149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	C	20	1%	45%	197	9,9	13,1	1,9
28	056-Rinoplastica	C	20	1%	45%	26	1,3	0,6	0,9
29	035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	19	1%	46%	93	4,9	5,4	0,7
30	496-Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	C	17	1%	47%	84	4,9	1,3	5,2
Totale primi 30 DRG			1.176	47%		4.530	3,9		1,4
Altri DRG			1.338	53%		10.157	7,6		
<b>Totale</b>			<b>2.514</b>	<b>100%</b>		<b>14.687</b>	<b>5,8</b>		<b>1,5</b>

\*I ricoveri potenzialmente inappropriati (108DRG, evidenziati in tabella) non tengono conto delle eccezioni del Patto della Salute.

Per quanto riguarda la classificazione delle principali cause di ricovero (DRG's) si rileva che:

- i primi 30 DRG rappresentano circa il 47% dei ricoveri, il 35% della risorsa «giornate di degenza» e sono caratterizzati da un peso medio pari a 1,4;
- i primi DRG sono tutti di tipo chirurgico ad eccezione della “Chemioterapia” che si trova al quarto posto. Tra i primi si rilevano “Sostituzioni di articolazioni maggiori...”, “Interventi sul piede” e “Interventi per obesità”.

All'interno della tabella sono stati evidenziati i DRG potenzialmente inappropriati se erogati in regime ordinario. Oltre alla Chemioterapia si evidenziano altre tipologie di ricoveri potenzialmente a rischio di inappropriately tra cui anche il DRG “Altri fattori che influenzano lo stato di salute” con 34 casi.

## Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DO (Acuti)

Ricoveri DO per Acuti per Diagnosi principale								
N	Codice ICD-IX-CM -Descrizione	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	dvstd	Peso medio
1	2780 I -Obesità Grave	98	4%	4%	276	2,8	1,7	1,8
2	V58 I I -Chemioterapia Antineoplastica	73	3%	7%	501	6,9	8,6	1,4
3	715 I 6 -Artrosi Localizzata Primaria,Ginocchio	72	3%	10%	418	5,8	2,7	2,0
4	7350 -Alluce Valgo (Acquisito)	58	2%	12%	70	1,2	0,4	0,9
5	715 I 5 -Artrosi Localizzata Primaria,Anca	51	2%	14%	302	5,9	2,5	2,0
6	72210 -Ernia Del Disco Intervertebrale Lombare Senza Mielopatia	37	1%	15%	96	2,6	1,0	1,3
7	7276 I -Rottura Atraumatica Completa Della Cuffia Dei Rotatori	35	1%	17%	70	2,0	0,8	1,0
8	734 -Piede Piatto	31	1%	18%	67	2,2	5,4	1,0
9	470 -Deviazione Del Setto Nasale	30	1%	19%	44	1,5	0,6	0,9
10	1889 -Tumori Maligni Di Parte Non Specificata Della Vescica	29	1%	20%	160	5,5	8,7	1,5
11	V4586 -Condizione Successiva A Chirurgia Bariatrica	25	1%	21%	55	2,2	0,9	1,5
12	185 -Tumori Maligni Della Prostata	24	1%	22%	120	5,0	2,4	2,0
13	1890 -Tumori Maligni Del Rene,Eccetto La Pelvi	20	1%	23%	92	4,6	3,1	2,0
14	72402 -Stenosi Del Canale Vertebrale Lombare	20	1%	24%	115	5,8	2,7	2,4
15	72252 -Degenerazione Del Disco Intervertebrale Lombare O Lombosacrale	20	1%	25%	114	5,7	1,4	4,4
16	756 I 2 -Spondilolistesi	19	1%	26%	183	9,6	7,4	3,5
17	4273 I -Fibrillazione Atriale	18	1%	26%	51	2,8	1,2	1,1
18	5952 -Altra Cistite Cronica	17	1%	27%	24	1,4	0,5	0,9
19	V64 I -Intervento Chirurgico O Altra Procedura Non Eseguiti Per Controindicazione	16	1%	28%	21	1,3	0,6	0,3
20	5920 -Calcolosi Renale	16	1%	28%	64	4,0	2,2	1,4
21	650 -Parto Normale	15	1%	29%	55	3,7	2,0	0,4
22	1977 -Tumori Maligni Secondari Del Fegato,Specificati Come Metastatici	15	1%	29%	109	7,3	8,6	2,5
23	71783 -Lesione Inveterata Del Legamento Crociato Anteriore	15	1%	30%	28	1,9	1,1	1,0
24	721 I 1 -Spondilosi Cervicale Con Mielopatia	14	1%	31%	87	6,2	1,9	2,1
25	1550 -Tumori Maligni Primitivi Del Fegato	13	1%	31%	90	6,9	6,1	3,4
26	5188 I -Insufficienza Respiratoria	13	1%	32%	257	19,8	14,9	3,6
27	1570 -Tumori Maligni Della Testa Del Pancreas	11	0%	32%	100	9,1	9,5	2,2
28	7220 -Ernia Del Disco Intervertebrale Cervicale Senza Mielopatia	10	0%	32%	30	3,0	1,2	1,6
29	3454 I -Epilessia Parziale,Con Menzione Di Alterazione Della Coscienza,Con Epilessia Non Trattabile	10	0%	33%	36	3,6	1,7	0,9
30	241 I 1 -Gozzo Multinodulare Non Tossico	10	0%	33%	20	2,0	0,9	0,8
Totale prime 30 Diagnosi		835	33%		3.655	4,4		1,7
Altre diagnosi		1.679	67%		11.032	6,6		
<b>Totale</b>		<b>2.514</b>	<b>100%</b>		<b>14.687</b>	<b>5,8</b>		<b>1,5</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali diagnosi di ricovero (ICD IX) si rileva che i primi 30 ICD IX rappresentano circa il 33% dei ricoveri e che oltre alle diagnosi relative alla “Chemioterapia” con più di 70 casi, si rilevano nei primi posti diagnosi relative a “Obesità”, “Artrosi”, “Ernia del disco”.

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Regioni

Ricoveri DO per Acuti - Focus Regioni di dimissione								
	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio
Lombardia	829	33%	33%	5.365	6,5	70%	18%	1,7
Emilia Romagna	446	18%	51%	1.971	4,4	81%	21%	1,5
Veneto	312	12%	63%	1.663	5,3	75%	18%	1,4
Toscana	206	8%	71%	968	4,7	62%	23%	1,4
Lazio	182	7%	79%	1.048	5,8	62%	24%	1,4
Liguria	122	5%	83%	1.098	9,0	30%	25%	1,2
Friuli Venezia Giulia	121	5%	88%	826	6,8	34%	45%	1,5
Piemonte	81	3%	91%	613	7,6	62%	14%	1,8
Puglia	39	2%	93%	230	5,9	36%	21%	1,0
Lazio B.G.	36	1%	94%	273	7,6	42%	25%	1,4
Calabria	34	1%	96%	148	4,4	65%	12%	1,4
Umbria	30	1%	97%	131	4,4	87%	3%	1,3
Campania	23	1%	98%	117	5,1	70%	22%	1,2
Marche	20	1%	99%	53	2,7	75%	5%	1,3
Abruzzo	9	0%	99%	38	4,2	67%	33%	1,4
Molise	5	0%	99%	14	2,8	20%	80%	0,9
P.A. Bolzano	4	0%	99%	28	7,0	50%	25%	1,3
Sardegna	4	0%	100%	22	5,5	25%	25%	0,8
P.A. Trento	4	0%	100%	50	12,5	75%	25%	1,7
Valle D'Aosta	4	0%	100%	12	3,0	50%	50%	0,8
Basilicata	3	0%	100%	19	6,3	33%	0%	1,0
<b>Totale</b>	<b>2.514</b>	<b>100%</b>		<b>14.687</b>	<b>5,8</b>	<b>66%</b>	<b>21%</b>	<b>1,50</b>

Relativamente ai ricoveri ordinari in acuzie si rileva che la Regione con maggior casistica è la Lombardia con il 33% dei ricoveri totali in mobilità passiva extraregionale. Seguono la Regione Emilia Romagna (18%), il Veneto (12%), la Toscana (8%) e il Lazio (7%). Complessivamente in queste Regioni viene erogata quasi la totalità dei ricoveri ordinari per acuti in mobilità passiva (circa 80%).

Questi ricoveri oltre ad essere caratterizzati da una percentuale chirurgica superiore al 60%, presentano un'elevata percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatelyzza e una complessità intorno al valore medio.

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Strutture Ospedaliere

Ricoveri DO per Acuti - Focus Strutture Ospedaliere di dimissione								
Provincia	Codice-Denominazione Struttura	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio
Verona	05002200-Casa Di Cura Pederzoli	111	4%	4%	3,3	86%	8%	1,3
Brescia	03027500-Istituto Clinico S. Rocco S.P.A. - Ome	110	4%	9%	3,1	96%	14%	1,4
Genova	07094000-Ist.G.Gaslini	88	4%	12%	8,6	30%	26%	1,3
Pordenone	060902-Centro Riferimento Oncologico	79	3%	15%	6,4	22%	53%	1,6
Milano	03093500-Irccs S. Raffaele - Milano	79	3%	19%	8,0	68%	18%	1,8
Brescia	03029500-Fondazione Poliambulanza - Brescia	65	3%	21%	6,7	94%	8%	2,5
Pisa	09090100-Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana	64	3%	24%	5,4	56%	36%	1,4
Reggio-Emilia	080212-Casa Di Cura Privata Polispecialistica V	63	3%	26%	2,3	100%	0%	1,7
Pavia	03092400-Policlinico S. Matteo - Pavia	62	2%	29%	9,6	27%	34%	1,7
Roma	12090501-Policlinico A. Gemelli E C.I.C.	56	2%	31%	6,4	59%	21%	1,6
Rimini	080249-Casa Di Cura Villa Maria	54	2%	33%	2,6	87%	13%	1,1
Bologna	080908-Azienda Ospedaliero-Universitaria Di Bol	52	2%	35%	8,8	62%	23%	2,3
Milano	03094100-Istituto Europeo Di Oncologia-Milano	52	2%	37%	5,0	77%	19%	1,6
Milano	03094300-Ist. Clin. Humanitas - Rozzano	51	2%	39%	7,2	76%	12%	2,3
Siena	09090200-Azienda Ospedaliera Universitaria Senese	39	2%	41%	4,6	49%	26%	1,0
Totale prime 15 Strutture		1.025	41%		5,7	67%	20%	1,6
Altre strutture		1.489	59%		5,9	66%	5%	0,9
<b>Totale</b>		<b>2.514</b>	<b>100%</b>		<b>5,8</b>	<b>66%</b>	<b>21%</b>	<b>1,5</b>

Analizzando i ricoveri ordinari per acuti in mobilità passiva extraregionale per azienda erogatrice, si rileva che la prima struttura per numero di ricoveri (4%) è la Casa di Cura Pederzoli in Veneto, seguita dall'Istituto Clinico San Rocco in Lombardia rispettivamente per la gestione di casistiche relative all'ortopedia e all'oncologia (prostata). Si rilevano elevate percentuali di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatelyzza.

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione

Ricoveri DO per Acuti - Focus Discipline							
UO Dimissione	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio
Ortopedia	537	21%	21%	3,9	95%	18%	1,5
Chirurgia	408	16%	38%	4,9	85%	15%	1,7
Urologia	206	8%	46%	4,5	84%	14%	1,3
Medicina	132	5%	51%	9,0	11%	17%	1,1
Otorino	131	5%	56%	3,1	90%	46%	1,2
Neurochirurgia	129	5%	61%	7,9	92%	4%	2,6
Ostetricia E Ginecologia	125	5%	66%	4,3	59%	11%	0,9
Oncologia	110	4%	71%	8,9	7%	51%	1,2
Cardiologia	92	4%	74%	5,1	78%	2%	1,6
Pediatria	88	4%	78%	5,6	7%	34%	0,7
Neurologia	64	3%	80%	7,4	2%	30%	0,9
Oculistica	41	2%	82%	2,5	93%	83%	0,8
Chirurgia pediatrica	35	1%	83%	6,9	74%	23%	1,2
Ematologia	33	1%	85%	16,4	30%	33%	4,8
Neuropsichiatria infantile	29	1%	86%	5,6	0%	14%	0,7
Chirurgia Vascolare	28	1%	87%	10,3	89%	7%	2,1
Gastroenterologia	26	1%	88%	6,7	8%	38%	0,9
Reumatologia	24	1%	89%	7,0	4%	33%	1,0
Chirurgia toracica	24	1%	90%	6,2	71%	13%	1,8
Oncoematologia pediatrica	22	1%	91%	13,5	27%	55%	2,3
Altre UO	230	9%	100%	8,7	44%	19%	1,8
<b>Totale</b>	<b>2.514</b>	<b>100%</b>		<b>5,8</b>	<b>66%</b>	<b>21%</b>	<b>1,5</b>

Circa il 50% di tutti i ricoveri è concentrato in 4 discipline. Si rileva la presenza di alcune discipline con percentuali di ricoveri ad elevato rischio di inappropriata particolarmente elevate come l'ortopedia e otorino.

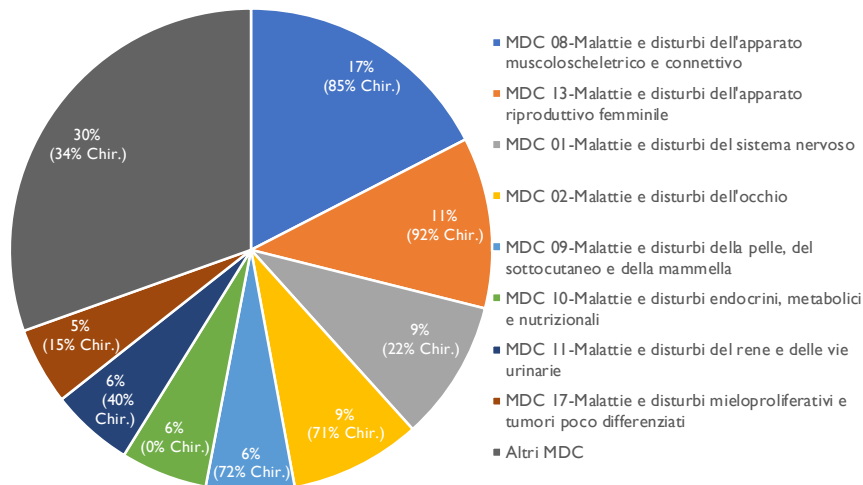
## Caratteristiche dei ricoveri in DH

Relativamente ai circa 800 ricoveri diurni erogati ai residenti della area ragusana in mobilità passiva extraregionale, si rileva che la percentuale dei ricoveri degli **over 65 anni** è pari al 15% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 5%.

Analizzando le **categorie diagnostiche principali (MDC)** emerge che circa il 17% dei ricoveri afferisce alle Malattie dell'apparato muscolo scheletrico, circa l'11% a Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile, il 9% a Malattie e disturbi del sistema nervoso. Relativamente alle caratteristiche di tali ricoveri emerge che circa il 53% è di tipo chirurgico e complessivamente si rilevano circa 2 accessi medi.

Infine, dei 775 ricoveri totali, 20 sono erogati per attività di post acuzie.

**Mobilità passiva extra-Regione  
Ricoveri DH (Acuti e Post-Acuti):775**



Dettaglio Acuti e Post-Acuti					
	Numero Casi	%Numero Casi	%Numero Accessi	Accessi Medi	%Casi Chirurgici
Acuti	755	97%	88%	1,8	53%
Post-Acuti	20	3%	12%	9,0	0%
<b>Totale</b>	<b>775</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>2,0</b>	<b>51%</b>

Sesso	%Numero Casi	%Numero Accessi
Maschi	48%	49%
Femmine	52%	51%

Dettaglio DRG e Diagnosi ICD-IX-CM (Acuti)		
	%cum Casi	%cum Accessi
Primi 30 DRG	57%	52%
Prime 30 Diagnosi	35%	38%

Età	%Numero Casi	over 65	%Numero Accessi	over 65
0-14	28%		23%	
15-54	48%		45%	
55-64	9%		16%	
65-74	10%		10%	
75-84	4%	15%	6%	16%
>=85	1%		0%	

## Analisi dei principali DRG in DH (Acuti)

Ricoveri DH per Acuti per DRG						
N	DRG-Descrizione	Tip o	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am
1	359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	47	6%	12%	1,0
2	538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	41	5%	22%	1,0
3	503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	32	4%	30%	1,1
4	365-Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	C	26	3%	37%	1,0
5	301-Malattie endocrine senza CC	M	22	3%	6%	1,3
6	225-Interventi sul piede	C	21	3%	42%	1,0
7	041-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	C	16	2%	46%	1,6
8	008-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	C	15	2%	50%	1,5
9	410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	13	2%	10%	7,8
10	299-Difetti congeniti del metabolismo	M	13	2%	13%	1,4
11	035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	12	2%	17%	1,4
12	467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	11	1%	20%	0,9
13	431-Disturbi mentali dell'infanzia	M	11	1%	23%	2,0
14	395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	11	1%	26%	4,4
15	011-Neoplasie del sistema nervoso senza CC	M	11	1%	29%	1,9
16	045-Malattie neurologiche dell'occhio	M	10	1%	32%	1,5
17	119-Legatura e stripping di vene	C	10	1%	52%	1,5
18	266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	10	1%	55%	1,2
19	055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	10	1%	57%	1,0
20	284-Malattie minori della pelle senza CC	M	10	1%	35%	3,1
21	048-Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	M	9	1%	37%	1,2
22	461-Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C	8	1%	59%	1,3
23	042-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	8	1%	61%	1,0
24	036-Interventi sulla retina	C	8	1%	63%	1,0
25	040-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	C	8	1%	65%	1,5
26	332-Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	M	8	1%	39%	1,0
27	270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	8	1%	68%	1,4
28	227-Interventi sui tessuti molli senza CC	C	7	1%	69%	1,0
29	256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M	6	1%	41%	1,7
30	241-Malattie del tessuto connettivo senza CC	M	6	1%	43%	7,3
Totale primi 30 DRG			428	57%		1,6
Altri DRG			327	43%		2,0
<b>Totale</b>			<b>755</b>	<b>100%</b>		<b>1,8</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali cause di ricovero (DRG's) si rileva che:

- i primi 30 DRG rappresentano circa il 57% dei ricoveri;
- nei primi 30 DRG si circa la metà di DRG di tipo chirurgico.

Il primo DRG è rappresentato da “Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC” (come per i ricoveri erogati in regime diurno in mobilità passiva intraregionale) e successivamente si rilevano DRG afferenti all'area ortopedica e quella dell'apparato riproduttivo femminile.

## Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DH (Acuti)

Ricoveri DH per Acuti per Diagnosi principale					
N	Codice ICD-IX-CM -Descrizione	Num.		%cum	
		Casi	%Casi	Casi	Am
1	6289-Infertilità Femminile,Di Origine Non Specificata	36	5%	5%	1,0
2	V5401 -Trattamento Per Rimozione Di Dispositivo Di Fissazione Interna	25	3%	8%	1,0
3	7350-Alluce Valgo (Acquisito)	17	2%	10%	1,1
4	6210-Polipo Del Corpo Dell'Utero	16	2%	12%	0,9
5	6288-Infertilità Femminile,Di Altra Origine Specificata	14	2%	14%	1,1
6	7172-Lesione Del Corno Posteriore Del Menisco Interno	11	1%	16%	1,0
7	28249-Altres Talassemie	10	1%	17%	4,6
8	V5811 -Chemioterapia Antineoplastica	10	1%	18%	10,5
9	37210-Congiuntivite Cronica,Non Specificata	8	1%	19%	1,3
10	V536-Collocazione E Sistemazione Di Dispositivi Urinari	8	1%	21%	1,0
11	734-Piede Piatto	8	1%	22%	1,0
12	2375-Tumori Di Comportamento Incerto Di Encefalo E Midollo Spinale	8	1%	23%	1,5
13	2533-Nanismo Ipofisario	8	1%	24%	1,0
14	V580-Sessione Di Radioterapia	7	1%	25%	9,4
15	7173-Altres Lesioni Non Specificate Del Menisco Interno	7	1%	26%	1,0
16	63592-Aborto Indotto Legalmente Senza Complicazione Riferita,Completo	7	1%	26%	1,7
17	37730-Neurite Ottica,Non Specificata	6	1%	27%	1,3
18	2392-Tumori Di Natura Non Specificata Delle Ossa,Tessuti Molli E Cute	6	1%	28%	1,0
19	36254-Cisti Maculare,Foro O Pseudoforo	5	1%	29%	1,0
20	99682-Complicazioni Di Trapianto Di Fegato	5	1%	29%	4,4
21	V421 -Cuore Sostituito Da Trapianto	5	1%	30%	2,4
22	71783-Lesione Inveterata Del Legamento Crociato Anteriore	5	1%	31%	1,4
23	185-Tumori Maligni Della Prostata	5	1%	31%	1,0
24	217-Tumori Benigni Della Mammella	5	1%	32%	1,0
25	4549-Varici Degli Arti Inferiori Asintomatiche	5	1%	33%	1,6
26	3370-Neuropatia Periferica Idiopatica Del Sistema Nervoso Autonomo	4	1%	33%	1,0
27	37800-Esotropia Non Specificata	4	1%	34%	1,0
28	1905-Tumori Maligni Della Retina	4	1%	34%	1,0
29	55090-Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata,Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	4	1%	35%	1,5
30	V5881 -Collocazione E Sistemazione Di Cateteri Vascolari	4	1%	35%	1,0
Totale prime 30 Diagnosi		267	35%		1,9
Altre diagnosi		488	65%		1,7
<b>Totale</b>		<b>755</b>	<b>100%</b>		<b>1,8</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali diagnosi di ricovero (ICD IX) si rileva che i primi 30 ICD IX rappresentano circa il 35% dei ricoveri e che nei primi posti si rilevano diagnosi relative a “Infertilità femminile”, “Trattamento per rimozione di dispositivo di fissazione interna” e come per la mobilità intraregionale si rilevano le diagnosi relative all’ “Alluce Valgo” e al “Polipo del corpo dell’utero”.

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Regioni

Ricoveri DH per Acuti - Focus Regioni di dimissione						
	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Num. Accessi	Am	%CasiC
Lombardia	175	23%	23%	191	1,1	83%
Liguria	101	13%	37%	236	2,3	9%
Toscana	81	11%	47%	132	1,6	46%
Emilia Romagna	78	10%	58%	125	1,6	76%
Lazio	76	10%	68%	160	2,1	41%
Veneto	67	9%	77%	134	2,0	66%
Lazio B.G.	62	8%	85%	87	1,4	8%
Friuli Venezia Giulia	35	5%	89%	143	4,1	51%
Piemonte	29	4%	93%	31	1,1	72%
Puglia	12	2%	95%	28	2,3	25%
Calabria	10	1%	96%	10	1,0	60%
Campania	9	1%	97%	21	2,3	67%
Umbria	6	1%	98%	13	2,2	67%
Sardegna	5	1%	99%	18	3,6	20%
Marche	3	0%	99%	3	1,0	67%
P.A. Trento	3	0%	100%	3	1,0	67%
Abruzzo	1	0%	100%	1	1,0	100%
Valle D'Aosta	1	0%	100%	1	1,0	100%
P.A. Bolzano	1	0%	100%	1	1,0	100%
<b>Totale</b>	<b>755</b>	<b>100%</b>		<b>1.338</b>	<b>1,8</b>	<b>53%</b>

Relativamente ai ricoveri diurni in acuzie si rileva che la Regione con maggior casistica è la Lombardia con il 23% dei ricoveri totali in mobilità passiva extraregione. Seguono la Regione Liguria (13%), la Toscana (11%) e l'Emilia Romagna (10%), il Lazio (10%) ed il Veneto (9%). Complessivamente in queste Regioni viene erogata quasi la totalità dei ricoveri ordinari per acuti in mobilità passiva (circa 80%).

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Strutture Ospedaliere

Ricoveri DH per Acuti - Focus Strutture Ospedaliere di dimissione						
Provincia	Codice-Denominazione Struttura	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am	%CasiC
Genova	07094000-Ist.G.Gaslini	85	11%	11%	1,6	7%
Roma	12090401-Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	52	7%	18%	1,3	0%
Milano	03094300-Ist. Clin. Humanitas - Rozzano	28	4%	22%	1,0	79%
Firenze	09090400-Azienda Ospedaliera Meyer	25	3%	25%	1,3	24%
Roma	12090501-Policlinico A. Gemelli E C.I.C.	24	3%	28%	1,6	13%
Milano	03010000-Casa Di Cura Igea - Milano	21	3%	31%	1,0	100%
Verona	05001700-Ospedale Sacro Cuore Don Calabria	20	3%	34%	1,1	85%
Firenze	09090300-Az. Ospedaliero - Universitaria Careggi	18	2%	36%	2,1	44%
Milano	03094100-Istituto Europeo Di Oncologia-Milano	18	2%	39%	1,0	89%
Padova	05090100-Azienda Ospedaliera Padova	15	2%	41%	4,7	40%
Pordenone	060902-Centro Riferimento Oncologico	15	2%	43%	6,6	33%
Trieste	060901-I.R.C.C.S. Burlo Garofolo	14	2%	44%	1,2	86%
Pisa	09090100-Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana	12	2%	46%	1,3	67%
Milano	03093500-Irccs S. Raffaele - Milano	11	1%	47%	1,0	64%
Brescia	03027500-Istituto Clinico S. Rocco S.P.A. - Ome	11	1%	49%	1,0	100%
Totale prime 15 Strutture		369	49%		1,7	40%
Altre strutture		386	51%		1,9	65%
<b>Totale</b>		<b>755</b>	<b>100%</b>		<b>1,8</b>	<b>53%</b>

Analizzando i ricoveri diurni per acuti in mobilità passiva extraregionale per azienda erogatrice, si rileva che la prima struttura per numero di ricoveri (4%) è l'Istituto Gaslini, seguito dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione

Ricoveri DH per Acuti - Focus Discipline					
UO Dimissione	Num.		%cum		
	Casi	%Casi	Casi	Am	%CasiC
Day surgery	123	16%	16%	1,1	89%
Ortopedia	100	13%	30%	1,0	93%
Pediatria	73	10%	39%	1,8	1%
Day hospital	45	6%	45%	3,1	18%
Ostetricia E Ginecologia	44	6%	51%	1,0	86%
Chirurgia	43	6%	57%	1,3	70%
Oculistica	41	5%	62%	1,3	85%
Urologia	26	3%	66%	1,1	69%
Ematologia	22	3%	68%	6,0	5%
Otorino	22	3%	71%	1,0	64%
Neuropsichiatria infantile	21	3%	74%	2,8	0%
Neurologia	21	3%	77%	1,8	5%
Chirurgia pediatrica	13	2%	79%	1,0	38%
Medicina	13	2%	80%	3,9	15%
Oncologia	12	2%	82%	1,4	25%
Allergologia	12	2%	84%	1,4	0%
Pneumologia	11	1%	85%	1,6	36%
Malattie endocrine,del ricambio e della nutrizione	11	1%	86%	1,4	0%
Neurochirurgia	10	1%	88%	1,8	70%
Cardiologia	8	1%	89%	1,9	25%
Altre UO	84	11%	100%	2,8	31%
<b>Totale</b>	<b>755</b>	<b>100%</b>		<b>1,8</b>	<b>53%</b>

Circa il 50% di tutti i ricoveri è concentrato in 5 discipline.





## ***Analisi dell'Offerta***

*Ricoveri erogati in strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa a residenti in bacini di utenza di altre ASP della Regione Siciliana o di altre Regioni (mobilità attiva intraregionale e extraregionale)*



## Analisi dell'offerta

Ricoveri erogati in strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa a residenti in bacini di utenza di altre ASP della Regione Siciliana o di altre Regioni (mobilità attiva intraregionale e extraregionale)

### Caratteristiche dei ricoveri in DO

Relativamente ai circa 3.000 ricoveri ordinari erogati dalle strutture pubbliche e private della ASP di Ragusa ai residenti di altri bacini/regioni (Mobilità Attiva) si rileva che circa 160 ricoveri riguardano le attività di post acuzie.

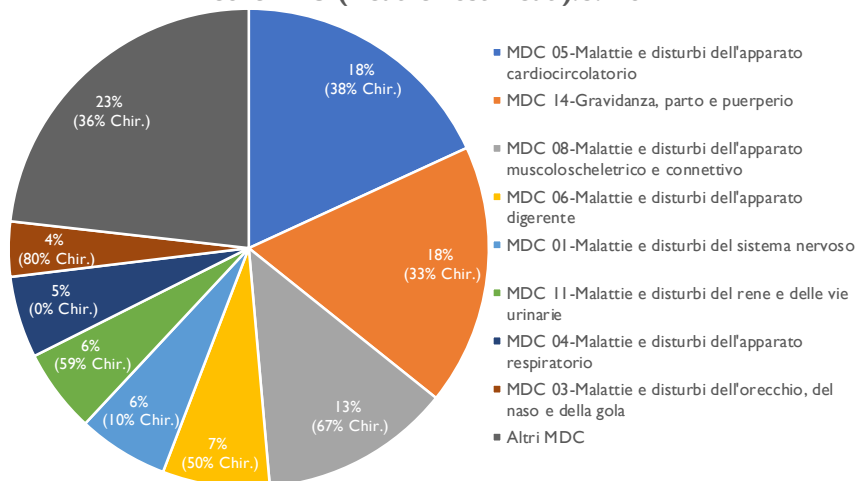
La percentuale dei ricoveri ordinari in mobilità passiva degli **over 65 anni** è pari a circa il 40% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 24%.

Analizzando le **categorie diagnostiche principali** (MDC) si rileva che circa il 50% dei ricoveri è concentrato in tre MDC. In particolare il 18% dei ricoveri afferisce a Malattie dell'apparato cardiocircolatorio, il 18% a Gravidanza e a parto e il 13% a Malattie dell'apparato muscoloscheletrico.

In relazione alla **complessità** dei ricoveri ordinari per acuti, si rileva un peso medio di 1,1 che articolato per fasce di peso presenta circa il 57% con un peso medio inferiore a 1, circa il 30% un peso medio ricompreso tra 1 e 2, circa il 11% con un peso medio superiore a 2.

Considerando il totale dei ricoveri in degenza ordinaria per acuti si rileva una percentuale di **ricoveri chirurgici** pari a circa il 42% e una percentuale di ricoveri ad **elevato rischio di inappropriatezza** pari a circa l'11%.

**Mobilità attiva - Strutture pubbliche e private ASP Ragusa**  
**Ricoveri DO (Acuti e Post-Acuti): 3.128**



Dettaglio Acuti e Post-Acuti							
	Numero Casi	%Numero Casi	%Numero Giornate	Degenza Media	%Casi Chirurgici	%Casi ARI	Peso Medio
Acuti	2.970	95%	85%	5,6	42%	11%	1,1
Post-Acuti	158	5%	15%	18,6	0%	0%	0,7
<b>Totale</b>	<b>3.128</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>6,2</b>	<b>40%</b>	<b>11%</b>	<b>1,1</b>

Sesso	%Numero Casi	%Numero Giornate
Maschi	46%	48%
Femmine	54%	52%

Dettaglio DRG e Diagnosi ICD-IX-CM (Acuti)		
	%cum Casi	%cum Giornate
Primi 30 DRG	50%	46%
Prime 30 Diagnosi	35%	30%

Età	%Numero Casi	over 65	%Numero Giornate	over 65
0-14	8%		6%	
15-54	40%		28%	
55-64	12%		15%	
65-74	16%		19%	
75-84	17%	40%	23%	51%
>=85	7%		9%	

Distribuzione Pesi Drg (Acuti)			
Peso Drg	Numero Casi	%Casi	%cum Casi
<0,5	574	19%	19%
0,50-1	1.133	38%	57%
1-1,50	638	21%	79%
1,50-2	282	9%	88%
2-2,5	246	8%	97%
>2,50	97	3%	100%

## Ricoveri in DO per fasce di durata della degenza (Acuti)

Considerando la durata della degenza per i ricoveri ordinari per acuti erogati a residenti di altre aree che si curano nelle strutture pubbliche e private dell'ASP di Ragusa, si evince quanto di seguito dettagliato:

- circa il 70% di tutti i ricoveri presentano una durata della degenza ricompresa tra **0 e 5 giorni**. Sono caratterizzati da un'età media bassa (inferiore ai 50 anni), una concentrazione di over 65 anni intorno al 28%, una bassa complessità (peso medio inferiore a 1) ed una percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriata maggiore rispetto alle altre fasce di durata della degenza;
- all'aumentare della durata della degenza (maggiore a **6 giorni**) si rileva un innalzamento dell'età media e della percentuale degli over 65 anni. Il peso medio, proxy della complessità, cresce all'aumentare delle giornate di degenza, fino a quasi raddoppiare nella fascia "> 16".

Pertanto all'aumentare della durata dei ricoveri aumenta la complessità delle patologie trattate e l'età dei pazienti.

Ricoveri DO per Acuti per fascia di durata della degenza								
Fasce durata degenza	Num. Casi	%Num. Casi	Età media	Casi over65	%Casi over65	Peso medio	Casi ARI	%Casi ARI
0-1	261	9%	48	73	28%	0,84	95	36%
2-5	1.725	58%	46	458	27%	0,94	152	9%
6-10	627	21%	61	352	56%	1,29	58	9%
11-15	216	7%	66	139	64%	1,42	17	8%
>15	141	5%	64	75	53%	1,95	14	10%
<b>Totale</b>	<b>2.970</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>1.097</b>	<b>37%</b>	<b>1,09</b>	<b>336</b>	<b>11%</b>

## Analisi dei principali DRG in DO (Acuti)

Ricoveri DO per Acuti per DRG									
N	DRG-Descrizione	Tip o	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	dvstd	Peso medio
1	373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	296	10%	17%	864	2,9	1,0	0,4
2	371-Parto cesareo senza CC	C	147	5%	12%	603	4,1	1,9	0,7
3	127-Insufficienza cardiaca e shock	M	101	3%	23%	862	8,5	4,6	1,0
4	544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	75	3%	18%	593	7,9	3,3	2,0
5	359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	71	2%	23%	337	4,7	2,1	1,0
6	125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	50	2%	26%	124	2,5	1,4	0,7
7	558-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	50	2%	27%	143	2,9	1,4	1,7
8	014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	45	2%	29%	268	6,0	4,0	1,3
9	158-Interventi su ano e stoma senza CC	C	41	1%	31%	160	3,9	8,4	0,6
10	395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	39	1%	31%	347	8,9	5,8	0,9
11	316-Insufficienza renale	M	37	1%	33%	286	7,7	5,9	1,2
12	087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	36	1%	35%	346	9,6	7,8	1,2
13	311-Interventi per via transuretrale senza CC	C	34	1%	33%	98	2,9	0,8	0,7
14	049-Interventi maggiori sul capo e sul collo	C	34	1%	36%	131	3,9	1,5	2,0
15	211-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	33	1%	39%	265	8,0	4,3	1,7
16	063-Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	30	1%	41%	90	3,0	1,1	1,5
17	557-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	30	1%	43%	172	5,7	5,5	2,2
18	210-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	C	30	1%	46%	228	7,6	2,5	2,1
19	219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	C	30	1%	48%	206	6,9	3,1	1,3
20	390-Neonati con altre affezioni significative	M	27	1%	37%	112	4,1	2,7	0,2
21	089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	27	1%	38%	265	9,8	6,6	1,1
22	131-Malattie vascolari periferiche senza CC	M	26	1%	40%	237	9,1	3,8	0,6
23	494-Colecistomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	25	1%	50%	59	2,4	0,9	0,9
24	518-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	C	25	1%	52%	79	3,2	2,4	1,2
25	389-Neonati a termine con affezioni maggiori	M	25	1%	41%	127	5,1	2,8	0,7
26	388-Prematurità senza affezioni maggiori	M	25	1%	43%	245	9,8	9,3	0,8
27	430-Psicosi	M	24	1%	44%	118	4,9	3,8	0,8
28	381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	24	1%	54%	55	2,3	3,0	0,5
29	479-Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	C	24	1%	56%	132	5,5	3,9	1,6
30	379-Minaccia di aborto	M	24	1%	46%	66	2,8	1,2	0,4
Totale primi 30 DRG			1.485	50%		7.618	5,1		1,0
Altri DRG			1.485	50%		8.951	6,0		
<b>Totale</b>			<b>2.970</b>	<b>100%</b>		<b>16.569</b>	<b>5,6</b>		<b>1,1</b>

\*I ricoveri potenzialmente inappropriati (108DRG, evidenziati in tabella) non tengono conto delle eccezioni del Patto della Salute.

Per quanto riguarda la classificazione delle principali cause di ricovero (DRG's) si rileva che:

- i primi 30 DRG rappresentano circa il 50% dei ricoveri, il 45% della risorsa «giornate di degenza» e sono caratterizzati da un peso medio pari a 1;
- i primi DRG si riferiscono al parto vaginale e cesareo, seguono i DRG di tipo ortopedico, ginecologico e cardiologico.

All'interno della tabella sono stati evidenziati i DRG potenzialmente inappropriati se erogati in regime ordinario. Si evidenziano nei primi 30 DRG un centinaio di casi afferenti i DRG "Interventi su ano e stoma", "Anomalie dei globuli rossi", "Malattie vascolari periferiche senza cc" e "Aborto con dilatazione e raschiamento".

## Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DO (Acuti)

### Ricoveri DO per Acuti per Diagnosi principale

N	Codice ICD-IX-CM -Descrizione	Num.		%cum	GG deg	Dm	dvstd	Peso medio
		Casi	%Casi					
1	6581 I -Rottura prematura delle membrane, parto con o senza menzione della condizione antepartum	95	3%	3%	278	2,9	0,8	0,5
2	4139-Altre e non specificate forme di angina pectoris	80	3%	6%	201	2,5	1,2	1,2
3	650-Parto normale	75	3%	8%	206	2,7	0,9	0,4
4	6542 I -Pregresso parto cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio, parto con o senza menzione della condizione antepartum	54	2%	10%	188	3,5	1,1	0,7
5	4281 -Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	54	2%	12%	418	7,7	4,4	1,1
6	4107 I -Infarto subendocardico, episodio iniziale di assistenza	46	2%	14%	186	4,0	3,6	1,7
7	82020-Sezione trocanterica, non specificata	40	1%	15%	338	8,5	3,8	1,9
8	6641 I -Lacerazione perineale di secondo grado, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum	39	1%	16%	108	2,8	0,8	0,4
9	6640 I -Lacerazione perineale di primo grado, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum	37	1%	18%	107	2,9	0,8	0,4
10	4273 I -Fibrillazione atriale	34	1%	19%	121	3,6	2,7	0,9
11	71516-Artrosi localizzata primaria, ginocchio	33	1%	20%	236	7,2	3,2	2,0
12	44024-Aterosclerosi delle arterie native degli arti con gangrena	33	1%	21%	435	13,2	6,9	1,9
13	1888-Tumori maligni di altre specificate sedi della vescica	32	1%	22%	122	3,8	2,9	0,9
14	2181 -Leiomioma intramurale dell'utero	30	1%	23%	147	4,9	1,6	1,0
15	9961 -Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti e innesti vascolari	28	1%	24%	111	4,0	2,5	1,7
16	51881 -Insufficienza respiratoria	28	1%	25%	210	7,5	7,1	1,9
17	V3000-Nato singolo, nato in ospedale senza menzione di taglio cesareo	27	1%	26%	73	2,7	1,2	0,5
18	60001 -Ipertrofia Prostatica Benigna Con Ostruzione Urinaria Ed Altri Sintomi Delle Basse Vie Urinarie (Luts)	27	1%	27%	128	4,7	1,5	1,0
19	51884-Insufficienza respiratoria acuta e cronica	24	1%	27%	354	14,8	12,5	1,7
20	5228-Cisti radicolare	24	1%	28%	74	3,1	0,7	1,7
21	43401 -Trombosi cerebrale con infarto cerebrale	23	1%	29%	112	4,9	3,1	1,3
22	30250-Con storia sessuale non specificata	23	1%	30%	68	3,0	0,6	1,7
23	4829-Polmonite batterica, non specificata	22	1%	31%	189	8,6	5,1	1,0
24	65971 -Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto, parto con o senza menzione della condizione antepartum	22	1%	31%	98	4,5	2,3	0,8
25	4553-Emorroidi esterne senza menzione di complicazioni	20	1%	32%	46	2,3	4,7	0,6
26	64403-Minaccia di travaglio prematuro, condizione o complicazione antepartum	20	1%	33%	54	2,7	1,1	0,4
27	5260-Cisti odontogeniche dello sviluppo	19	1%	33%	57	3,0	0,7	1,6
28	632-Aborto ritenuto	19	1%	34%	36	1,9	1,5	0,4
29	57420-Calcolosi della colecisti senza menzione di colecistite, senza menzione di ostruzione	19	1%	35%	55	2,9	3,2	0,9
30	82001 -Epifisi (separazione) (superiore)	17	1%	35%	135	7,9	2,9	1,9
Totale prime 30 Diagnosi		1.044	35%		4.891	4,7		1,1
Altre diagnosi		1.926	65%		11.678	6,1		
<b>Totale</b>		<b>2.970</b>	<b>100%</b>		<b>16.569</b>	<b>5,6</b>		<b>1,1</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali diagnosi di ricovero (ICD IX) si rileva che i primi 30 ICD IX rappresentano circa il 35% dei ricoveri e che oltre alle diagnosi relative al parto normale, come principali diagnosi, si rilevano diagnosi relative all'area cardiologica.

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per provenienza dimessi

Ricoveri DO per Acuti - Focus provenienza dimessi								
	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio
Sicilia	2.563	86%	86%	14.573	5,7	44%	11%	1,1
Estero	166	6%	92%	966	5,8	38%	14%	1,2
Lombardia	58	2%	94%	217	3,7	21%	14%	0,9
Lazio	36	1%	95%	175	4,9	36%	22%	1,1
Emilia-Romagna	32	1%	96%	118	3,7	34%	6%	1,0
Piemonte	23	1%	97%	135	5,9	35%	9%	1,2
Veneto	20	1%	98%	99	5,0	30%	20%	1,0
Campania	14	0%	98%	33	2,4	21%	36%	0,7
Toscana	12	0%	98%	42	3,5	25%	17%	0,9
Calabria	11	0%	99%	48	4,4	0%	9%	1,1
Puglia	8	0%	99%	34	4,3	38%	0%	1,1
Liguria	6	0%	99%	14	2,3	33%	33%	0,7
Umbria	5	0%	99%	27	5,4	20%	20%	1,2
Abruzzo	5	0%	100%	15	3,0	0%	20%	1,1
Trentino-Alto Adige/Südtirol	3	0%	100%	40	13,3	33%	33%	0,5
Friuli-Venezia Giulia	3	0%	100%	14	4,7	0%	0%	0,9
Basilicata	2	0%	100%	12	6,0	0%	0%	0,9
Marche	2	0%	100%	4	2,0	0%	50%	1,5
Sardegna	1	0%	100%	3	3,0	100%	0%	1,7
<b>Totale</b>	<b>2.970</b>	<b>100%</b>		<b>16.569</b>	<b>5,6</b>	<b>42%</b>	<b>11%</b>	<b>1,09</b>

Dopo aver analizzato le principali caratteristiche dei ricoveri ordinari, è stato condotto un focus sulla provenienza dei pazienti. In particolare si rileva che circa la totalità dei ricoveri in mobilità attiva riguarda pazienti siciliani (86%), seguono pazienti residenti all'Estero. Circa l'8% dei ricoveri è erogato a residenti di altre regioni.

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per provenienza dimessi (intra-regionale)

Ricoveri DO per Acuti - Focus provenienza dimessi (intra-regione)								
	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	GG deg	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio
Siracusa	1.379	54%	54%	7.565	5,5	38%	9%	1,0
Catania	543	21%	75%	3.272	6,0	50%	12%	1,2
Caltanissetta	473	18%	93%	2.800	5,9	46%	13%	1,2
Agrigento	54	2%	96%	302	5,6	57%	15%	1,4
Enna	44	2%	97%	257	5,8	61%	7%	1,5
Palermo	41	2%	99%	229	5,6	73%	5%	1,7
Messina	20	1%	100%	102	5,1	40%	5%	1,3
Trapani	9	0%	100%	46	5,1	44%	22%	1,0
<b>Totale</b>	<b>2.563</b>	<b>100%</b>		<b>14.573</b>	<b>5,7</b>	<b>44%</b>	<b>11%</b>	<b>1,09</b>

Relativamente alla mobilità attiva intra-regionale, si rileva che circa il 90% dei ricoveri è erogato ai residenti dei bacini di utenza delle ASP di Siracusa, Catania e Caltanissetta.

## Ricoveri in DO (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione

Ricoveri DO per Acuti - Focus per discipline di dimissione										
	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	%Casi pubbl.	%Casi priv.	GG deg	Dm	%CasiC	%Casi ARI	Peso medio
Ostetricia E Ginecologia	646	22%	22%	100%	0%	2.214	3,4	40%	3%	0,6
Cardiologia	337	11%	33%	100%	0%	1.527	4,5	47%	2%	1,4
Ortopedia	307	10%	43%	90%	10%	1.857	6,0	86%	17%	1,5
Medicina	284	10%	53%	100%	0%	2.171	7,6	0%	11%	1,1
Chirurgia	276	9%	62%	72%	28%	1.561	5,7	71%	33%	1,2
Pediatria	180	6%	68%	100%	0%	621	3,5	0%	13%	0,5
Urologia	139	5%	73%	43%	57%	563	4,1	91%	7%	1,1
Chirurgia Vascolare	115	4%	77%	100%	0%	1.222	10,6	63%	30%	1,4
Nefrologia	100	3%	80%	100%	0%	643	6,4	41%	3%	1,4
Chirurgia Maxillo Facciale	86	3%	83%	0%	100%	294	3,4	100%	1%	1,6
Geriatrics	83	3%	86%	100%	0%	853	10,3	0%	8%	1,0
Neurologia	83	3%	89%	100%	0%	381	4,6	0%	7%	1,1
Malattie Infettive	76	3%	91%	100%	0%	732	9,6	0%	12%	1,1
Neonatalogia	53	2%	93%	100%	0%	511	9,6	0%	0%	1,4
Oncologia	45	2%	95%	100%	0%	573	12,7	2%	13%	1,1
Utic	44	1%	96%	100%	0%	119	2,7	11%	0%	1,2
Psichiatria	35	1%	97%	100%	0%	162	4,6	0%	6%	0,7
Rianimazione	28	1%	98%	100%	0%	354	12,6	21%	4%	3,8
Oculistica	27	1%	99%	100%	0%	112	4,1	78%	74%	0,8
Otorino	24	1%	100%	100%	0%	74	3,1	75%	38%	0,9
Terapia Intensiva Neonatale	2	0%	100%	100%	0%	25	12,5	0%	0%	0,7
<b>Totale</b>	<b>2.970</b>	<b>100%</b>		<b>91%</b>	<b>9%</b>	<b>16.569</b>	<b>5,6</b>	<b>42%</b>	<b>11%</b>	<b>1,09</b>

Circa il 60% di tutti i ricoveri è concentrato in 6 discipline, con al primo posto i reparti di Ostetricia e Ginecologia con quasi il 22% dei casi. Per ciascuna disciplina è possibile analizzare la percentuale di ricoveri erogata dalle strutture pubbliche dell'ASP di Ragusa e dalla struttura privata che insiste nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa.

## Caratteristiche dei ricoveri in DH

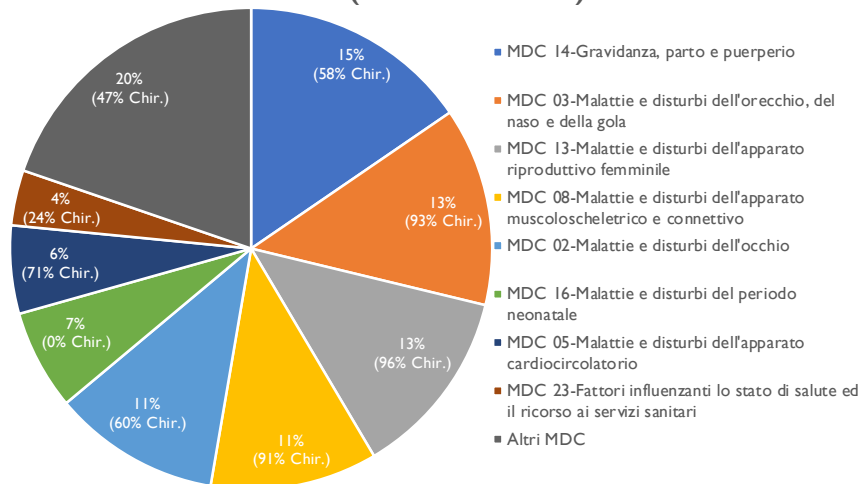
Relativamente ai circa 1.000 ricoveri diurni erogati dalle strutture pubbliche e private della ASP di Ragusa ai residenti di altri bacini/regioni (Mobilità Attiva) si rileva che si tratta quasi esclusivamente di ricoveri che riguardano le attività di acuzie.

La percentuale dei ricoveri diurni in mobilità attiva degli **over 65 anni** è pari a circa il 23% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 9%.

Analizzando le **categorie diagnostiche principali (MDC)** si rileva che circa il 50% dei ricoveri è concentrato in quattro MDC. In particolare il 15% dei ricoveri afferisce a Gravidanza e parto, il 13% a Malattie e disturbi dell'orecchio, il 13% a Malattie dell'apparato riproduttivo femminile e l'11% a Malattie dell'apparato muscoloscheletrico.

Relativamente alle caratteristiche di tali ricoveri emerge che circa il 65% è di tipo chirurgico e complessivamente si rilevano circa 2,5 accessi medi.

**Mobilità attiva - Strutture pubbliche e private ASP Ragusa  
Ricoveri DH (Acuti e Post-Acuti): 998**



Dettaglio Acuti e Post-Acuti					
	Numero Casi	%Numero Casi	%Numero Accessi	Accessi Medi	%Casi Chirurgici
Acuti	994	100%	96%	2,5	65%
Post-Acuti	4	0%	4%	29,0	0%
<b>Totale</b>	<b>998</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>2,6</b>	<b>65%</b>

Sesso	%Numero Casi	%Numero Accessi
Maschi	39%	45%
Femmine	61%	55%

Dettaglio DRG e Diagnosi ICD-IX-CM (Acuti)		
	%cum Casi	%cum Giornate
Primi 30 DRG	76%	75%
Prime 30 Diagnosi	52%	59%

Età	%Numero Casi	over 65	%Numero Accessi	over 65
0-14	7%		7%	
15-54	57%		60%	
55-64	13%		12%	
65-74	14%		15%	
75-84	8%	23%	5%	21%
>=85	1%		1%	

## Analisi dei principali DRG in DH (Acuti)

Ricoveri DH per Acuti per DRG						
N	DRG-Descrizione	Tip o	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am
1	381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	90	9%	14%	1,6
2	364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	66	7%	24%	1,6
3	380-Aborto senza dilatazione e raschiamento	M	63	6%	18%	2,4
4	395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	60	6%	36%	10,9
5	359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	50	5%	32%	1,3
6	042-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	46	5%	39%	2,2
7	169-Interventi sulla bocca senza CC	C	36	4%	44%	1,0
8	225-Interventi sul piede	C	26	3%	48%	1,2
9	060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	26	3%	52%	2,2
10	119-Legatura e stripping di vene	C	24	2%	56%	1,1
11	063-Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	24	2%	60%	1,0
12	467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	22	2%	42%	1,3
13	045-Malattie neurologiche dell'occhio	M	21	2%	48%	3,9
14	162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	20	2%	63%	1,6
15	538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	19	2%	66%	1,1
16	047-Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	M	19	2%	53%	3,8
17	234-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	C	19	2%	69%	1,1
18	311-Interventi per via transuretrale senza CC	C	15	2%	71%	1,0
19	443-Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	C	13	1%	73%	1,5
20	224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	C	11	1%	75%	1,1
21	056-Rinoplastica	C	11	1%	77%	1,0
22	058-Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	11	1%	78%	2,6
23	055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	9	1%	80%	2,9
24	461-Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C	9	1%	81%	1,8
25	039-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	C	8	1%	82%	1,9
26	139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	8	1%	56%	1,5
27	229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	C	8	1%	83%	1,1
28	404-Linfoma e leucemia non acuta senza CC	M	7	1%	58%	2,6
29	261-Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	C	7	1%	85%	1,0
30	227-Interventi sui tessuti molli senza CC	C	7	1%	86%	1,1
Totale primi 30 DRG			755	76%		2,4
Altri DRG			239	24%		2,6
<b>Totale</b>			<b>994</b>	<b>100%</b>		<b>2,5</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali cause di ricovero (DRG's) si rileva che:

- i primi 30 DRG rappresentano circa il 76% dei ricoveri;
- nei primi 30 DRG si rilevano 3/4 di DRG di tipo chirurgico.

I primi DRG sono rappresentati da "Aborto con dilatazione e raschiamento..." e al secondo posto il DRG "Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne".

## Analisi delle principali Diagnosi ICD-IX-CM in DH (Acuti)

Ricoveri DH per Acuti per Diagnosi principale					
N	Codice ICD-IX-CM -Descrizione	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am
1	632-Aborto ritenuto	50	5%	5%	1,2
2	63590-Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, non specificato se completo o incompleto	49	5%	10%	2,2
3	63592-Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, completo	43	4%	14%	2,4
4	28249-Altre talassemie	38	4%	18%	14,4
5	6210-Polipo del corpo dell'utero	37	4%	22%	1,6
6	6266-Metrorragia	23	2%	24%	1,7
7	6289-Infertilità femminile, di origine non specificata	18	2%	26%	1,1
8	55090-Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	18	2%	28%	1,6
9	5206-Disturbi dell'eruzione del dente	17	2%	29%	1,0
10	7350-Alluce valgo (acquisito)	17	2%	31%	1,1
11	47402-Tonsillite ed adenoidite croniche	16	2%	33%	2,3
12	V5401-Trattamento per rimozione di dispositivo di fissazione interna	16	2%	34%	1,1
13	5952-Altra cistite cronica	15	2%	36%	1,0
14	62130-Iperplasia endometriale non specificata	14	1%	37%	1,5
15	62131-Iperplasia endometriale semplice senza atipia	14	1%	39%	1,3
16	28242-Talassemia falciforme con crisi	12	1%	40%	5,9
17	4548-Varici degli arti inferiori con altre complicazioni	12	1%	41%	1,1
18	28262-Emoglobinopatia -S Con Menzione Di Crisi	10	1%	42%	8,5
19	V642-Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente	10	1%	43%	1,0
20	47410-Ipertrofia della tonsilla con le adenoidi	10	1%	44%	2,8
21	5228-Cisti radicolare	9	1%	45%	1,0
22	47412-Ipertrofia isolata delle adenoidi	9	1%	46%	2,0
23	5260-Cisti odontogeniche dello sviluppo	9	1%	47%	1,0
24	36101-Recente distacco della retina, parziale, con rottura singola	7	1%	48%	1,6
25	98983-Effetti tossici del silicone	7	1%	48%	2,0
26	7806-Febbre	7	1%	49%	1,7
27	4541-Varici degli arti inferiori con infiammazione	7	1%	50%	1,1
28	V643-Procedura non eseguita per altre ragioni	7	1%	50%	1,4
29	36100-Distacco della retina con rottura retinica, non specificato	7	1%	51%	2,0
30	37741-Neuropatia ottica ischemica	7	1%	52%	3,6
Totale prime 30 Diagnosi		515	52%		2,8
Altre diagnosi		479	48%		2,1
<b>Totale</b>		<b>994</b>	<b>100%</b>		<b>2,5</b>

Per quanto riguarda la classificazione delle principali diagnosi di ricovero (ICD IX) si rileva che i primi 30 ICD IX rappresentano circa il 52% dei ricoveri e che nei primi posti si rilevano diagnosi relative all'aborto.

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Regioni di provenienza

Ricoveri DH per Acuti - Focus provenienza dimessi				
	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am
Sicilia	938	94%	94%	2,5
Estero	17	2%	96%	1,9
Lombardia	12	1%	97%	1,8
Lazio	8	1%	98%	2,3
Piemonte	5	1%	99%	1,4
Emilia-Romagna	3	0%	99%	1,7
Toscana	2	0%	99%	1,0
Marche	2	0%	99%	4,5
Calabria	1	0%	99%	1,0
Veneto	1	0%	99%	3,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	1	0%	100%	1,0
Friuli-Venezia Giulia	1	0%	100%	1,0
Puglia	1	0%	100%	2,0
Molise	1	0%	100%	1,0
Sardegna	1	0%	100%	1,0
<b>Totale</b>	<b>994</b>	<b>100%</b>		<b>2,5</b>

Dopo aver analizzato le principali caratteristiche dei ricoveri diurni, è stato condotto un focus sulla provenienza dei pazienti. In particolare si rileva che circa la totalità dei ricoveri diurni in mobilità attiva riguarda pazienti siciliani (94%), seguono pazienti residenti all'Estero. Il 4% dei ricoveri è erogato a residenti di altre regioni.

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per provenienza dimessi (intra-regionale)

Ricoveri DH per Acuti - Focus provenienza (intra-regionale)				
	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	Am
Siracusa	391	42%	42%	2,4
Catania	265	28%	70%	3,0
Caltanissetta	226	24%	94%	2,3
Agrigento	22	2%	96%	1,4
Enna	15	2%	98%	1,3
Messina	8	1%	99%	3,6
Palermo	7	1%	100%	1,7
Trapani	4	0%	100%	2,0
<b>Totale</b>	<b>938</b>	<b>100%</b>		<b>2,5</b>

Relativamente alla mobilità attiva intra-regionale, si rileva che circa il 95% dei ricoveri è erogato ai residenti dei bacini di utenza delle ASP di Siracusa, Catania e Caltanissetta.

## Ricoveri in DH (Acuti) - Focus per Discipline di dimissione

Ricoveri DH per Acuti - Focus per discipline di dimissione						
	Num. Casi	%Casi	%cum Casi	%Casi pubbl.	%Casi priv.	Am
Ostetricia E Ginecologia	299	30%	30%	81%	19%	1,7
Oculistica	122	12%	42%	100%	0%	2,8
Ortopedia	108	11%	53%	79%	21%	1,1
Chirurgia	79	8%	61%	95%	5%	1,2
Ematologia	70	7%	68%	100%	0%	10,4
Otorino	63	6%	75%	97%	3%	2,3
Chirurgia Maxillo Facciale	43	4%	79%	0%	100%	1,0
Malattie Infettive	40	4%	83%	100%	0%	3,2
Cardiologia	35	4%	86%	100%	0%	1,1
Chirurgia Vascolare	30	3%	89%	100%	0%	1,1
Urologia	28	3%	92%	43%	57%	1,4
Medicina	26	3%	95%	100%	0%	6,1
Pediatria	13	1%	96%	100%	0%	1,6
Neurologia	13	1%	97%	100%	0%	1,1
Nefrologia	13	1%	99%	100%	0%	3,2
Chirurgia Plastica	8	1%	100%	0%	100%	1,0
Oncologia	2	0%	100%	100%	0%	4,0
Rianimazione	2	0%	100%	100%	0%	1,0
<b>Totale</b>	<b>994</b>	<b>100%</b>		<b>85%</b>	<b>15%</b>	<b>2,5</b>

Circa il 60% di tutti i ricoveri è concentrato in 4 discipline, con al primo posto i reparti di Ostetricia e Ginecologia con il 30% dei casi. Per ogni disciplina è possibile analizzare la percentuale di ricoveri erogata dalle strutture pubbliche dell'ASP di Ragusa e dalla struttura privata che insiste nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa.



Azienda Sanitaria Provinciale

Piano della Performance  
2021-2023

ALLEGATO 3

***Integrazione  
socio-sanitaria  
dell'ASP di Ragusa  
Anno 2020***



# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rsslute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*



ASP Ragusa FLS 21, Periodo 01/01/2020 - 31/12/2020

	Modica	Vittoria	Ragusa	Altro	Totale Casi Trattati
Anziano	1.311	1.126	1.348	4	3.789
Altro Paziente	254	213	242	3	712
Terminale	379	390	486	6	1.261
<b>Totale Casi Trattati</b>	<b>1.944</b>	<b>1.729</b>	<b>2.076</b>	<b>13</b>	<b>5.762</b>

ASP Ragusa FLS 21 Operatori, Periodo 01/01/2020 - 31/12/2020

	FKT					Infermieri					Altri					Totale Casi Trattati
	Modica	Vittoria	Ragusa	Altro	Tot.	Modica	Vittoria	Ragusa	Altro	Tot.	Modica	Vittoria	Ragusa	Altro	Tot.	
Anziano	10.360	8.402	12.013	76	30.851	66.129	33.992	51.348	19	151.488	1.117	807	977	32	2.933	185.272
Altro Paziente	6.258	3.109	5.514	17	14.898	36.091	9.341	8.614	10	54.056	2.241	585	1.452	0	4.278	73.232
Terminale	1.744	1.717	4.019	27	7.507	7.789	7.344	13.198	141	28.472	7.855	6.959	16.206	219	31.239	67.218
<b>Totale Casi Trattati</b>	<b>18.362</b>	<b>13.228</b>	<b>21.546</b>	<b>120</b>	<b>53.256</b>	<b>110.009</b>	<b>50.677</b>	<b>73.160</b>	<b>170</b>	<b>234.016</b>	<b>11.213</b>	<b>8.351</b>	<b>18.635</b>	<b>251</b>	<b>38.450</b>	<b>325.722</b>

ASP Ragusa FLS 21 Ore Assistenza Operatori, Periodo 01/01/2020 - 31/12/2020

	FKT					Infermieri					Altri					Totale Casi Trattati
	Modica	Vittoria	Ragusa	Altro	Tot.	Modica	Vittoria	Ragusa	Altro	Tot.	Modica	Vittoria	Ragusa	Altro	Tot.	
Anziano	6.907	5.601	8.009	51	20.567	44.086	22.661	34.232	13	100.992	745	538	651	21	1.955	123.515
Altro Paziente	4.172	2.073	3.676	11	9.932	24.061	6.227	5.743	7	36.037	1.494	390	968	0	2.852	48.821
Terminale	1.163	1.145	2.679	18	5.005	5.193	4.896	8.799	94	18.981	5.237	4.639	10.804	146	20.826	44.812
<b>Totale Casi Trattati</b>	<b>12.241</b>	<b>8.819</b>	<b>14.364</b>	<b>80</b>	<b>35.504</b>	<b>73.339</b>	<b>33.785</b>	<b>48.773</b>	<b>113</b>	<b>156.011</b>	<b>7.475</b>	<b>5.567</b>	<b>12.423</b>	<b>167</b>	<b>25.633</b>	<b>217.148</b>

-Terminali = vengono considerati Terminali tutti i pazienti ai quali è stato erogato un accesso da Samot Ragusa e Samot Palermo.

-Anziani = vengono considerati anziani tutti i pazienti con età superiore a 65 anni.

-Altro = vengono considerati altro tutti i pazienti con età inferiore a 65 anni.

Invece per Altri riferito agli accessi degli operatori, si intendono: Assistente sociale, Dietista, Logopedista cooperativa, Medico oncologo dipendente, MMG/PLS, OSA/OSS cooperativa, Psicologo cooperativa e qualsiasi altro operatore fatta eccezione per infermiere ed FKT

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



		N° Pazienti	N° Pai	N° Autorizzazioni	N° Accessi
Medi Care		1.857	1.988	3.405	259.528
✦	Fisioterapista cooperativa	1.857	1.988	3.405	45.883
✦	Infermiere cooperativa	2.763	3.005	9.623	206.391
✦	Logopedista cooperativa	202	220	525	7.254
Samot Onlus Palermo		22	22	37	2.803
✦	Assistente sociale	22	22	37	157
✦	Fisioterapista cooperativa	20	20	30	219
✦	Infermiere cooperativa	58	59	92	1.173
✦	Medico oncologo dipendente	60	61	95	444
✦	OSA/OSS cooperativa	29	29	46	562
✦	Psicologo cooperativa	34	34	53	248
Samot Onlus Ragusa		532	540	967	64.732
✦	Assistente sociale	532	540	967	4.601
✦	Fisioterapista cooperativa	439	449	820	7.333
✦	Infermiere cooperativa	1.159	1.179	2.240	27.413
✦	Logopedista cooperativa	15	17	32	206
✦	Medico oncologo dipendente	3	3	3	3
✦	Medico specialista ambulatoriale	1.139	1.158	2.220	11.818
✦	OSA/OSS cooperativa	275	279	465	8.795
✦	Psicologo cooperativa	549	558	978	4.563

# Elenco dei contenuti



## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;

Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rssalute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*



# RSA ASP RAGUSA

## Dettaglio Struttura

**Struttura:** R.S.A. - Comiso

**Anno Elaborazione:** 2020

**Mese:** [Gennaio, Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Giugno, Luglio, Agosto, Settembre, Ottobre, Novembre, Dicembre]

li, 02/02/2021

**Legenda**

	Entrati	Dimessi	N°Pazienti Attivi nel Mese	Totale GG Degenza	Degenza <60 GG	Importo Degenza <60GG	Degenza >60 GG	Importo Degenza >60GG	Degenza >60 GG Alzheimer	Importo Degenza >60GG Alzheimer	Degenza Media	N°Posti Letto	N°GG per calcolo indice	Indice Occupazionale
Gennaio	16	15	40	691	578	64.620,40	113	12.000,60	0	0,00	17,28	40	31	55,73
Febbraio	8	7	33	728	647	72.334,60	81	8.602,20	0	0,00	22,06	40	29	62,76
Marzo	5	16	31	722	568	63.502,40	154	16.354,80	0	0,00	23,29	40	31	58,23
Aprile	1	7	16	357	195	21.801,00	162	17.204,40	0	0,00	22,31	40	30	29,75
Maggio	2	5	11	209	98	10.956,40	111	11.788,20	0	0,00	19,00	40	31	16,85
Giugno	11		17	328	212	23.701,60	116	12.319,20	0	0,00	19,29	40	30	27,33
Luglio	8	9	25	512	443	49.527,40	69	7.327,80	0	0,00	20,48	40	31	41,29
Agosto	5	6	21	475	376	42.036,80	99	10.513,80	0	0,00	22,62	40	31	38,31
Settembre	12	9	27	530	408	45.614,40	122	12.956,40	0	0,00	19,63	40	30	44,17
Ottobre	14	9	32	614	515	57.577,00	99	10.513,80	0	0,00	19,19	40	31	49,52
Novembre	3	14	26	543	444	49.639,20	99	10.513,80	0	0,00	20,88	40	30	45,25
Dicembre	6	7	18	319	201	22.471,80	118	12.531,60	0	0,00	17,72	40	31	25,73
<b>Totale Anno</b>	<b>91</b>	<b>104</b>	<b>297</b>	<b>6.028</b>	<b>4.685</b>	<b>523.783,00</b>	<b>1.343</b>	<b>142.626,60</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>20,30</b>	<b>40</b>	<b>366</b>	<b>41,17</b>

\*Il dato relativo al primo semestre 2014 è stato recuperato dai file xml estratti dal gestionale precedentemente in uso presso l'Asp

# Elenco dei contenuti



## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;

Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rssalute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*



# RSA ASP RAGUSA

## Dettaglio Struttura

**Struttura:** R.S.A. - Ragusa

**Anno Elaborazione:** 2020

**Mese:** [Gennaio, Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Giugno, Luglio, Agosto, Settembre, Ottobre, Novembre, Dicembre]

li, 02/02/2021

**Legenda**

	Entrati	Dimessi	N°Pazienti Attivi nel Mese	Totale GG Degenza	Degenza <60 GG	Importo Degenza <60GG	Degenza >60 GG	Importo Degenza >60GG	Degenza >60 GG Alzheimer	Importo Degenza >60GG Alzheimer	Degenza Media	N°Posti Letto	N°GG per calcolo indice	Indice Occupazionale
Gennaio	11	9	41	1.001	364	40.695,20	637	67.649,40	0	0,00	24,41	45	31	71,76
Febbraio	6	2	38	951	306	34.210,80	645	68.499,00	0	0,00	25,03	45	29	72,87
Marzo	4	11	40	983	283	31.639,40	700	74.340,00	0	0,00	24,58	45	31	70,47
Aprile	4	7	33	864	265	29.627,00	599	63.613,80	0	0,00	26,18	45	30	64,00
Maggio	5	6	31	757	135	15.093,00	622	66.056,40	0	0,00	24,42	45	31	54,27
Giugno	5	8	30	720	148	16.546,40	572	60.746,40	0	0,00	24,00	45	30	53,33
Luglio	6	7	28	651	190	21.242,00	461	48.958,20	0	0,00	23,25	45	31	46,67
Agosto	4	3	25	725	237	26.496,60	488	51.825,60	0	0,00	29,00	45	31	51,97
Settembre	5	5	27	679	196	21.912,80	483	51.294,60	0	0,00	25,15	45	30	50,30
Ottobre	7	16	29	690	210	23.478,00	480	50.976,00	0	0,00	23,79	45	31	49,46
Novembre	3	2	16	410	110	12.298,00	300	31.860,00	0	0,00	25,62	45	30	30,37
Dicembre	3	3	17	457	121	13.527,80	336	35.683,20	0	0,00	26,88	45	31	32,76
<b>Totale Anno</b>	<b>63</b>	<b>79</b>	<b>355</b>	<b>8.888</b>	<b>2.565</b>	<b>286.767,00</b>	<b>6.323</b>	<b>671.502,60</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>25,04</b>	<b>45</b>	<b>366</b>	<b>53,96</b>

\*Il dato relativo al primo semestre 2014 è stato recuperato dai file xml estratti dal gestionale precedentemente in uso presso l'Asp

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rsslute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*



# RSA ASP RAGUSA

## Dettaglio Struttura

**Struttura:** R.S.A. - Scicli

**Anno Elaborazione:** 2020

**Mese:** [Gennaio, Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Giugno, Luglio, Agosto, Settembre, Ottobre, Novembre, Dicembre]

li, 02/02/2021

**Legenda**

	Entrati	Dimessi	N°Pazienti Attivi nel Mese	Totale GG Degenza	Degenza <60 GG	Importo Degenza <60GG	Degenza >60 GG	Importo Degenza >60GG	Degenza >60 GG Alzheimer	Importo Degenza >60GG Alzheimer	Degenza Media	N°Posti Letto	N°GG per calcolo indice	Indice Occupazionale
Gennaio	11	10	43	1.021	507	56.682,60	514	54.586,80	0	0,00	23,74	45	31	73,19
Febbraio	13	8	46	1.063	520	58.136,00	543	57.666,60	0	0,00	23,11	45	29	81,46
Marzo	8	17	46	1.076	559	62.496,20	517	54.905,40	0	0,00	23,39	45	31	77,13
Aprile	5	8	34	816	286	31.974,80	530	56.286,00	0	0,00	24,00	45	30	60,44
Maggio	5	5	31	789	227	25.378,60	562	59.684,40	0	0,00	25,45	45	31	56,56
Giugno	10	9	36	798	273	30.521,40	525	55.755,00	0	0,00	22,17	45	30	59,11
Luglio	13	14	40	828	501	56.011,80	327	34.727,40	0	0,00	20,70	45	31	59,35
Agosto	6	9	32	787	488	54.558,40	299	31.753,80	0	0,00	24,59	45	31	56,42
Settembre	8	13	31	610	323	36.111,40	287	30.479,40	0	0,00	19,68	45	30	45,19
Ottobre	17	9	35	645	346	38.682,80	299	31.753,80	0	0,00	18,43	45	31	46,24
Novembre	8	13	34	775	593	66.297,40	182	19.328,40	0	0,00	22,79	45	30	57,41
Dicembre	11	11	32	620	531	59.365,80	89	9.451,80	0	0,00	19,38	45	31	44,44
<b>Totale Anno</b>	115	126	440	9.828	5.154	576.217,20	4.674	496.378,80	0	0,00	22,34	45	366	59,67

\*Il dato relativo al primo semestre 2014 è stato recuperato dai file xml estratti dal gestionale precedentemente in uso presso l'Asp

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rssalute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*



# RSA ASP RAGUSA

## Dettaglio Struttura

**Struttura:** R.S.A. - Villa San Giorgio

**Anno Elaborazione:** 2020

**Mese:** [Gennaio, Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Giugno, Luglio, Agosto, Settembre, Ottobre, Novembre, Dicembre]

li, 02/02/2021

**Legenda**

	Entrati	Dimessi	N°Pazienti Attivi nel Mese	Totale GG Degenza	Degenza <60 GG	Importo Degenza <60GG	Degenza >60 GG	Importo Degenza >60GG	Degenza >60 GG Alzheimer	Importo Degenza >60GG Alzheimer	Degenza Media	N°Posti Letto	N°GG per calcolo indice	Indice Occupazionale
Gennaio	2	2	26	746	93	10.397,40	0	0,00	653	106.216,98	28,69	24	31	100,27
Febbraio	1	1	25	697	63	7.043,40	0	0,00	634	103.126,44	27,88	24	29	100,14
Marzo	4	4	28	748	160	17.888,00	30	3.186,00	558	90.764,28	26,71	24	31	100,54
Aprile	1	1	25	721	166	18.558,80	30	3.186,00	525	85.396,50	28,84	24	30	100,14
Maggio	5	5	29	743	100	11.180,00	49	5.203,80	594	96.620,04	25,62	24	31	99,87
Giugno	6	6	30	726	241	26.943,80	60	6.372,00	425	69.130,50	24,20	24	30	100,83
Luglio	12	12	36	737	355	39.689,00	91	9.664,20	291	47.334,06	20,47	24	31	99,06
Agosto	1	1	25	745	308	34.434,40	93	9.876,60	344	55.955,04	29,80	24	31	100,13
Settembre	1	1	25	721	162	18.111,60	90	9.558,00	469	76.287,54	28,84	24	30	100,14
Ottobre	2	2	26	746	105	11.739,00	93	9.876,60	548	89.137,68	28,69	24	31	100,27
Novembre	2	2	26	722	82	9.167,60	90	9.558,00	550	89.463,00	27,77	24	30	100,28
Dicembre	0		24	744	77	8.608,60	93	9.876,60	574	93.366,84	31,00	24	31	100,00
<b>Totale Anno</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>325</b>	<b>8.796</b>	<b>1.912</b>	<b>213.761,60</b>	<b>719</b>	<b>76.357,80</b>	<b>6.165</b>	<b>1.002.798,90</b>	<b>27,06</b>	<b>24</b>	<b>366</b>	<b>100,14</b>

\*Il dato relativo al primo semestre 2014 è stato recuperato dai file xml estratti dal gestionale precedentemente in uso presso l'Asp

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rssalute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*



# RSA ASP RAGUSA

## Dettaglio Struttura

**Struttura:** S.U.A.P. - Ragusa

**Anno Elaborazione:** 2020

**Mese:** [Gennaio, Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Giugno, Luglio, Agosto, Settembre, Ottobre, Novembre, Dicembre]

li, 02/02/2021

**Legenda**

	Entrati	Dimessi	N°Pazienti Attivi nel Mese	Totale GG Degenza	Degenza <60 GG	Importo Degenza <60GG	Degenza >60 GG	Importo Degenza >60GG	Degenza >60 GG Alzheimer	Importo Degenza >60GG Alzheimer	Degenza Media	N°Posti Letto	N°GG per calcolo indice	Indice Occupazionale
Gennaio	0		7	217	0	0,00	217	23.045,40	0	0,00	31,00	15	31	46,67
Febbraio	0		7	203	0	0,00	203	21.558,60	0	0,00	29,00	15	29	46,67
Marzo	0		7	217	0	0,00	217	23.045,40	0	0,00	31,00	15	31	46,67
Aprile	0		7	210	0	0,00	210	22.302,00	0	0,00	30,00	15	30	46,67
Maggio	0		7	217	0	0,00	217	23.045,40	0	0,00	31,00	15	31	46,67
Giugno	0		7	210	0	0,00	210	22.302,00	0	0,00	30,00	15	30	46,67
Luglio	0	1	7	201	0	0,00	201	21.346,20	0	0,00	28,71	15	31	43,23
Agosto	0		6	186	0	0,00	186	19.753,20	0	0,00	31,00	15	31	40,00
Settembre	0		6	180	0	0,00	180	19.116,00	0	0,00	30,00	15	30	40,00
Ottobre	0		6	186	0	0,00	186	19.753,20	0	0,00	31,00	15	31	40,00
Novembre	0		6	180	0	0,00	180	19.116,00	0	0,00	30,00	15	30	40,00
Dicembre	0		6	186	0	0,00	186	19.753,20	0	0,00	31,00	15	31	40,00
<b>Totale Anno</b>	0	1	79	2.393	0	0,00	2.393	254.136,60	0	0,00	30,29	15	366	43,59

\*Il dato relativo al primo semestre 2014 è stato recuperato dai file xml estratti dal gestionale precedentemente in uso presso l'Asp

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rssalute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*



# HospiceASP RAGUSA

## Dettaglio Struttura

**Struttura:** Hospice - Modica

**Anno Elaborazione:** 2020

**Mese:** [Gennaio, Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Giugno, Luglio, Agosto, Settembre, Ottobre, Novembre, Dicembre]

li, 02/02/2021

	Entrati	Dimessi	N°Pazienti Attivi nel Mese	Totale GG Degenza	Degenza Media	N°Posti Letto	N°GG per calcolo indice	Indice Occupazionale
Gennaio	8	2	9	160	17,78	10	31	51,61
Febbraio	12	12	19	192	10,11	10	29	66,21
Marzo	8	13	15	147	9,80	10	31	47,42
Aprile	9	6	11	117	10,64	10	30	39,00
Maggio	4	7	9	129	14,33	10	31	41,61
Giugno	7	8	9	58	6,44	10	30	19,33
Luglio	9	7	10	88	8,80	10	31	28,39
Agosto	8	4	11	173	15,73	10	31	55,81
Settembre	10	12	17	201	11,82	10	30	67,00
Ottobre	6	7	11	136	12,36	10	31	43,87
Novembre	4	7	8	61	7,62	10	30	20,33
Dicembre	14	10	15	138	9,20	10	31	44,52
<b>Totale Anno</b>	<b>99</b>	<b>95</b>	<b>144</b>	<b>1.600</b>	<b>11,11</b>	<b>10</b>	<b>366</b>	<b>43,72</b>

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020.



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rsslute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*



# HospiceASP RAGUSA

## Dettaglio Struttura

**Struttura:** Hospice - Ragusa

**Anno Elaborazione:** 2020

**Mese:** [Gennaio, Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Giugno, Luglio, Agosto, Settembre, Ottobre, Novembre, Dicembre]

li, 02/02/2021

	Entrati	Dimessi	N°Pazienti Attivi nel Mese	Totale GG Degenza	Degenza Media	N°Posti Letto	N°GG per calcolo indice	Indice Occupazionale
Gennaio	4	4	11	216	19,64	8	31	87,10
Febbraio	6	6	13	195	15,00	8	29	84,05
Marzo	7	9	14	206	14,71	8	31	83,06
Aprile	1	2	6	150	25,00	8	30	62,50
Maggio	4	4	8	123	15,38	8	31	49,60
Giugno	3	1	7	164	23,43	8	30	68,33
Luglio	7	8	13	193	14,85	8	31	77,82
Agosto	4	4	9	191	21,22	8	31	77,02
Settembre	10	8	15	159	10,60	8	30	66,25
Ottobre	7	8	14	173	12,36	8	31	69,76
Novembre	5	4	11	187	17,00	8	30	77,92
Dicembre	2	2	9	214	23,78	8	31	86,29
<b>Totale Anno</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>130</b>	<b>2.171</b>	<b>16,70</b>	<b>8</b>	<b>366</b>	<b>74,15</b>

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rsslute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*

**Anno Elaborazione:** 2020

**Mese:** [Gennaio, Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Giugno, Luglio, Agosto, Settembre, Ottobre, Novembre, Dicembre]

li, 02/02/2021

Data Aggiornamento: 01/02/21 21.58

**HOSPICE MODICA**

**HOSPICE RAGUSA**

	Entrati	Dimessi	N°Pazienti Attivi nel Mese	Totale GG Degenza	Degenza Media	N°Posti Letto	N°GG per calcolo indice	Indice Occupazionale
Gennaio	12	6	24	500	20,83	18	31	89,61
Febbraio	18	18	36	503	13,97	18	29	96,36
Marzo	15	22	33	477	14,45	18	31	85,48
Aprile	10	8	21	387	18,43	18	30	71,67
Maggio	8	11	21	376	17,90	18	31	67,38
Giugno	10	9	20	342	17,10	18	30	63,33
Luglio	16	15	27	405	15,00	18	31	72,58
Agosto	12	8	24	488	20,33	18	31	87,46
Settembre	20	20	36	480	13,33	18	30	88,89
Ottobre	13	15	29	433	14,93	18	31	77,60
Novembre	9	11	23	368	16,00	18	30	68,15
Dicembre	16	12	28	476	17,00	18	31	85,30
<b>Totale Anno</b>	<b>159</b>	<b>155</b>	<b>322</b>	<b>5.235</b>	<b>16,26</b>	<b>18</b>	<b>366</b>	<b>79,46</b>

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rssalute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*

## Monitoraggio integrativa esterna

Periodo Elaborato: 01/01/2020 - 31/12/2020

### CELIACI

DISTRETTO	FASCIA ETA'	F		M		TOTALE	
		N° pazienti	Importo	N° pazienti	Importo	N° pazienti	Importo
PP.UU.AA. Modica	6 mesi - 5 anni	8	4.504,58	1	670,15	9	5.174,73
	6-9 anni	7	5.170,03	7	4.867,79	14	10.037,82
	10-13 anni	22	20.069,89	17	19.086,84	39	39.156,73
	14-17 anni	29	32.111,20	9	12.453,49	38	44.564,69
	18-59 anni	206	200.200,90	62	70.106,89	268	270.307,79
	>=60 anni	31	28.362,74	10	10.237,03	41	38.599,77
	<b>TOTALE</b>	<b>303</b>	<b>290.419,34</b>	<b>106</b>	<b>117.422,19</b>	<b>409</b>	<b>407.841,53</b>
PP.UU.AA. Ragusa	6 mesi - 5 anni	14	7.046,79	10	5.407,96	24	12.454,75
	6-9 anni	28	20.256,15	3	2.454,45	31	22.710,60
	10-13 anni	18	14.200,31	12	12.691,26	30	26.891,57
	14-17 anni	15	15.382,64	11	14.557,52	26	29.940,16
	18-59 anni	158	146.163,28	68	79.887,66	226	226.050,94

## CELIACI

DISTRETTO	FASCIA ETA'	F		M		TOTALE	
		N° pazienti	Importo	N° pazienti	Importo	N° pazienti	Importo
PP.UU.AA. Ragusa	>=60 anni	33	29.548,84	12	11.130,95	45	40.679,79
	<b>TOTALE</b>	<b>266</b>	<b>232.598,01</b>	<b>116</b>	<b>126.129,80</b>	<b>382</b>	<b>358.727,81</b>
PP.UU.AA. Vittoria	6 mesi - 5 anni	6	3.452,76	6	2.605,82	12	6.058,58
	6-9 anni	19	12.860,46	5	2.946,89	24	15.807,35
	10-13 anni	27	24.295,12	5	4.881,79	32	29.176,91
	14-17 anni	24	26.014,71	12	17.012,01	36	43.026,72
	18-59 anni	182	181.968,28	74	94.072,19	256	276.040,47
	>=60 anni	20	17.848,08	7	6.681,75	27	24.529,83
	<b>TOTALE</b>	<b>278</b>	<b>266.439,41</b>	<b>109</b>	<b>128.200,45</b>	<b>387</b>	<b>394.639,86</b>
<b>TOTALE ASP RAGUSA</b>		<b>811</b>	<b>789.456,76</b>	<b>317</b>	<b>371.752,45</b>	<b>1.128</b>	<b>1.161.209,21</b>

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



### Fonti:

Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rsslute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*

## Monitoraggio integrativa esterna

Periodo Elaborato: 01/01/2020 - 31/12/2020

### DIABETICI

DISTRETTO	FASCIA ETA'	F			M			TOTALE		
		N° pazienti	Quantita'	Importo	N° pazienti	Quantita'	Importo	N° pazienti	Quantita'	Importo
PP.UU.AA. Modica	6 mesi - 5 anni	1	2.200	320,32	0	0	0,00	1	2.200	320,32
	6-9 anni	5	12.900	2.778,36	3	18.050	4.519,85	8	30.950	7.298,21
	10-13 anni	3	7.676	1.719,04	4	5.000	848,64	7	12.676	2.567,68
	14-17 anni	3	9.984	2.742,02	6	20.294	5.697,27	9	30.278	8.439,29
	18-59 anni	394	397.568	98.649,13	560	526.590	126.617,46	954	924.158	225.266,58
	>=60 anni	2.560	2.007.172	468.096,58	2.524	1.975.315	462.360,62	5.084	3.982.487	930.457,20
	<b>TOTALE</b>	<b>2.966</b>	<b>2.437.500</b>	<b>574.305,44</b>	<b>3.097</b>	<b>2.545.249</b>	<b>600.043,84</b>	<b>6.063</b>	<b>4.982.749</b>	<b>1.174.349,28</b>
PP.UU.AA. Ragusa	6 mesi - 5 anni	2	5.610	1.592,46	1	900	191,36	3	6.510	1.783,82
	6-9 anni	1	2.200	801,32	1	1.820	478,82	2	4.020	1.280,14
	10-13 anni	2	2.087	1.160,51	1	2.560	635,67	3	4.647	1.796,18
	14-17 anni	4	18.542	4.964,90	9	16.838	4.222,28	13	35.380	9.187,18
	18-59 anni	260	272.445	66.224,02	403	389.849	93.626,87	663	662.294	159.850,89

## DIABETICI

DISTRETTO	FASCIA ETA'	F			M			TOTALE		
		N° pazienti	Quantita'	Importo	N° pazienti	Quantita'	Importo	N° pazienti	Quantita'	Importo
PP.UU.AA. Ragusa	>=60 anni	1.895	1.470.798	349.103,80	1.927	1.465.902	349.473,21	3.822	2.936.700	698.577,01
	<b>TOTALE</b>	<b>2.164</b>	<b>1.771.682</b>	<b>423.847,01</b>	<b>2.342</b>	<b>1.877.869</b>	<b>448.628,20</b>	<b>4.506</b>	<b>3.649.551</b>	<b>872.475,21</b>
PP.UU.AA. Vittoria	< 6 mesi	0	0	0,00	1	100	29,64	1	100	29,64
	6 mesi - 5 anni	1	100	29,64	2	2.550	635,18	3	2.650	664,82
	6-9 anni	1	6.600	1.956,24	2	11.952	3.188,33	3	18.552	5.144,57
	10-13 anni	10	18.730	4.217,28	7	21.128	5.230,31	17	39.858	9.447,59
	14-17 anni	3	9.648	2.667,36	8	38.124	9.942,74	11	47.772	12.610,10
	18-59 anni	358	274.466	67.471,66	482	381.080	90.398,20	840	655.546	157.869,85
	>=60 anni	1.842	1.380.244	319.344,40	1.863	1.477.629	338.918,98	3.705	2.857.873	658.263,38
	<b>TOTALE</b>	<b>2.215</b>	<b>1.689.788</b>	<b>395.686,58</b>	<b>2.365</b>	<b>1.932.563</b>	<b>448.343,38</b>	<b>4.580</b>	<b>3.622.351</b>	<b>844.029,96</b>
<b>TOTALE ASP RAGUSA</b>		<b>7.297</b>	<b>5.898.970</b>	<b>1.393.839,03</b>	<b>7.751</b>	<b>6.355.681</b>	<b>1.497.015,42</b>	<b>15.048</b>	<b>12.254.651</b>	<b>2.890.854,45</b>

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- **PROTESICA IV Trim 2020;**
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rssalute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*

# Monitoraggio attività protesica

Andamento delle prescrizioni registrate nel periodo selezionato

Periodo Elaborato (data registrazione prescrizione): 01/01/2020 - 31/12/2020

Data aggiornamento: 28/01/2021 20.10.33

N.B.: sono riportate le autorizzazioni, gli ordini e le movimentazioni effettuate fino alla data di aggiornamento del report, relative alle prescrizioni registrate nel periodo selezionato.

Distretto	Prescrizioni			Autorizzazioni			Ordini			Erogato (movimenti)			Pazienti trattati
	Numero	Quantità	Importo	Numero	Quantità	Importo	Numero	Quantità	Importo	Numero	Quantità	Importo	Numero
Modica	3.318	13.394	1.427.505,08	3317	13.390	1.426.700,93	3116	13.070	1.863.648,92	3940	12.885	1.831.215,97	3.318
Ragusa	2.893	20.348	2.036.834,08	2878	20.212	2.025.063,46	3943	17.641	2.430.400,03	8859	17.307	2.372.086,17	2.893
Vittoria	2.395	3.596.436	1.766.909,65	2381	3.596.358	1.755.711,78	2720	13.965	2.129.897,47	7694	13.430	2.042.298,19	2.395
<b>TOTALE</b>	<b>8.606</b>	<b>3.630.178</b>	<b>5.231.248,81</b>	<b>8.576</b>	<b>3.629.960</b>	<b>5.207.476,17</b>	<b>9.779</b>	<b>44.676</b>	<b>6.423.946,42</b>	<b>20.493</b>	<b>43.622</b>	<b>6.245.600,33</b>	<b>8.606</b>

## Distribuzione per conto economico

## Valutazione dei tempi di attività

	Tempo medio/gg prescrizione/autorizzazione	Tempo medio/gg autorizzazione/ordine
Modica	11,549	7,47
Ragusa	1,858	71,12
Vittoria	4,806	43,78

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rsslute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*

Anno: 2020

Segnalatore: .....

Data Aggiornamento: 28/01/21 22.17

fi,29/01/2021

		Altro Tipo Segnalazione	Dimissione Facilitata	Dimissione Programmata	Dimissione Protetta	Totale
Gennaio	Acate	0	0	0	9	9
	Chiaromonte Gulfi	1	0	0	1	2
	Comiso	45	0	3	2	50
	Giarratana	116	0	0	0	116
	Ispica	11	0	0	0	11
	Modica	54	0	0	0	54
	Monterosso	1	0	0	0	1
	P.O. Busacca	0	0	3	1	4
	P.O. Maggiore	0	6	8	5	19
	P.O. R. Guzzardi	0	17	0	0	17
	P.O. Regina Margherita	0	0	1	0	1
	Pozzallo	9	0	0	1	10
	R.S.A. - Comiso	0	0	0	11	11
	Ragusa	24	0	0	6	30
	Santa Croce Camerina	13	0	0	1	14
Scicli	37	0	0	9	46	
Vittoria	87	0	3	3	93	
	<b>Totale</b>	<b>398</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>49</b>	<b>488</b>
Febbraio	Comiso	31	1	0	16	48
	Giarratana	91	0	0	0	91
	Ispica	13	0	0	0	13
	Modica	69	0	0	0	69
	Monterosso	4	0	0	0	4
	P.O. Busacca	0	0	5	2	7
	P.O. Maggiore	3	17	4	8	32
	P.O. R. Guzzardi	0	3	0	0	3
	Pozzallo	12	0	0	0	12
	R.S.A. - Comiso	0	0	0	4	4
	Ragusa	11	0	0	2	13
	Santa Croce Camerina	9	0	0	3	12
	Scicli	33	0	0	5	38
	Vittoria	66	0	0	21	87
		<b>Totale</b>	<b>342</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>61</b>
Marzo	Chiaromonte Gulfi	64	0	0	1	65
	Comiso	27	0	0	6	33
	Giarratana	2	0	0	11	13
	Ispica	9	0	0	1	10
	Modica	41	0	0	1	42
	P.O. Busacca	0	0	6	0	6
	P.O. Maggiore	2	7	4	8	21
	P.O. R. Guzzardi	0	5	0	0	5
	Pozzallo	7	0	0	0	7
	R.S.A. - Comiso	0	0	0	3	3
	R.S.A. - Ragusa	0	0	0	1	1
	Ragusa	14	1	0	0	15

		Altro Tipo Segnalazione	Dimissione Facilitata	Dimissione Programmata	Dimissione Protetta	Totale
Marzo	Santa Croce Camerina	14	0	0	0	14
	Scicli	37	0	0	2	39
	Vittoria	45	0	0	14	59
	Totale	262	13	10	48	333
Aprile	Comiso	26	0	0	4	30
	Ispica	7	0	0	2	9
	Modica	34	0	0	0	34
	Monterosso	2	0	0	0	2
	P.O. Busacca	0	0	2	0	2
	P.O. Maggiore	1	1	0	9	11
	Pozzallo	11	0	0	0	11
	R.S.A. - Comiso	0	0	0	1	1
	R.S.A. - Ragusa	0	0	0	1	1
	Ragusa	85	0	0	1	86
	Santa Croce Camerina	6	0	0	0	6
	Scicli	25	0	0	0	25
	Vittoria	44	0	0	7	51
	Totale	241	1	2	25	269
Maggio	Acate	0	0	0	4	4
	Chiaromonte Gulfi	0	0	0	2	2
	Comiso	29	0	1	1	31
	Ispica	16	0	0	0	16
	Modica	53	0	0	2	55
	Monterosso	4	0	0	0	4
	P.O. Busacca	0	0	4	0	4
	P.O. Maggiore	0	2	3	5	10
	P.O. R. Guzzardi	0	1	0	0	1
	Pozzallo	14	0	0	0	14
	R.S.A. - Comiso	0	0	0	1	1
	Ragusa	102	0	0	3	105
	Santa Croce Camerina	7	0	0	0	7
	Scicli	30	0	0	0	30
	Vittoria	68	0	0	6	74
	Totale	323	3	8	24	358
Giugno	Acate	0	0	0	4	4
	Comiso	34	0	0	3	37
	Ispica	10	0	0	0	10
	Modica	42	0	0	0	42
	Monterosso	8	0	0	3	11
	P.O. Busacca	0	0	2	1	3
	P.O. Maggiore	2	1	2	13	18
	Pozzallo	13	0	0	0	13
	R.S.A. - Comiso	0	0	0	3	3
	R.S.A. - Scicli	0	0	0	1	1
	Ragusa	114	0	0	4	118
	Santa Croce Camerina	13	0	0	4	17
	Scicli	37	0	1	6	44
	Vittoria	61	0	0	5	66
Totale	334	1	5	47	387	
Luglio	Chiaromonte Gulfi	1	0	0	0	1
	Comiso	27	0	0	10	37
	Ispica	19	0	0	0	19
	Modica	60	0	0	3	63
	Monterosso	1	0	0	0	1
	P.O. Busacca	0	0	4	2	6
	P.O. Maggiore	0	7	4	6	17
	P.O. R. Guzzardi	0	5	0	0	5
	Pozzallo	12	0	0	1	13
R.S.A. - Comiso	0	0	0	6	6	

		Altro Tipo Segnalazione	Dimissione Facilitata	Dimissione Programmata	Dimissione Protetta	Totale
Luglio	R.S.A. - Ragusa	0	0	0	1	1
	Ragusa	144	0	0	4	148
	Santa Croce Camerina	10	0	0	1	11
	Scicli	29	0	0	6	35
	Vittoria	80	0	0	10	90
	Totale	383	12	8	50	453
Agosto	Chiaromonte Gulfi	2	0	0	0	2
	Comiso	32	0	0	3	35
	Ispica	16	0	0	1	17
	Modica	50	0	0	0	50
	Monterosso	9	0	0	0	9
	P.O. Busacca	0	0	2	3	5
	P.O. Maggiore	5	0	5	1	11
	P.O. OMPA (ex AO)	3	0	0	0	3
	P.O. R. Guzzardi	0	1	0	0	1
	Pozzallo	6	0	0	2	8
	R.S.A. - Comiso	0	0	0	4	4
	R.S.A. - Ragusa	0	0	0	2	2
	Ragusa	84	0	0	0	84
	Santa Croce Camerina	5	0	0	0	5
	Scicli	22	0	0	5	27
	Vittoria	57	0	0	6	63
Totale	291	1	7	27	326	
Settembre	Comiso	39	0	0	4	43
	Ispica	17	0	0	0	17
	Modica	53	0	0	0	53
	Monterosso	10	0	0	0	10
	P.O. Busacca	0	0	7	5	12
	P.O. Giovanni Paolo II	1	0	0	0	1
	P.O. Maggiore	0	5	4	11	20
	P.O. R. Guzzardi	0	15	0	0	15
	Pozzallo	19	0	0	0	19
	R.S.A. - Comiso	0	0	0	3	3
	Ragusa	117	0	0	0	117
	Santa Croce Camerina	15	0	0	0	15
	Scicli	25	0	0	0	25
	Vittoria	101	0	0	13	114
Totale	397	20	11	36	464	
Ottobre	Acate	0	0	0	9	9
	Comiso	32	0	0	4	36
	Giarratana	0	6	0	0	6
	Ispica	23	0	0	0	23
	Modica	55	0	0	0	55
	Monterosso	4	0	0	1	5
	P.O. Busacca	0	0	3	3	6
	P.O. Maggiore	0	5	1	9	15
	Pozzallo	16	0	0	0	16
	R.S.A. - Comiso	0	0	0	5	5
	Ragusa	141	0	0	2	143
	Santa Croce Camerina	6	0	0	1	7
	Scicli	33	0	0	0	33
	Vittoria	76	0	0	6	82
	Totale	386	11	4	40	441
Novembre	Acate	0	0	0	2	2
	Comiso	47	0	0	6	53
	Ispica	12	0	0	0	12
	Modica	52	0	0	1	53
	Monterosso	5	0	0	1	6
	P.O. Busacca	0	0	3	1	4

		Altro Tipo Segnalazione	Dimissione Facilitata	Dimissione Programmata	Dimissione Protetta	Totale
Novembre	P.O. Maggiore	0	4	6	6	16
	P.O. R. Guzzardi	0	3	0	0	3
	Pozzallo	11	0	0	0	11
	R.S.A. - Comiso	0	0	0	3	3
	R.S.A. - Ragusa	0	0	0	1	1
	Ragusa	129	0	0	3	132
	Santa Croce Camerina	10	0	0	0	10
	Scidi	31	0	0	0	31
	Vittoria	61	0	0	15	76
	Totale	358	7	9	39	413
Dicembre	Comiso	44	0	0	0	44
	Ispica	11	0	0	0	11
	Modica	58	0	0	0	58
	Monterosso	2	0	0	0	2
	P.O. Busacca	0	0	6	0	6
	P.O. Giovanni Paolo II	4	0	0	0	4
	P.O. Maggiore	0	0	12	12	24
	P.O. R. Guzzardi	0	1	0	31	32
	Pozzallo	13	0	0	0	13
	Ragusa	131	0	0	0	131
	Santa Croce Camerina	10	0	0	0	10
	Scidi	31	0	0	0	31
	Vittoria	64	0	0	0	64
	Totale	368	1	18	43	430
	<b>Totale Generale</b>		<b>4.083</b>	<b>114</b>	<b>109</b>	<b>489</b>

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- **MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;**
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rssalute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*

## ASP RAGUSA - MONITORAGGIO ATTIVITA' AGI

2020

DISTRETTO	AMBULATORIO DI GESTIONE INTEGRATA (indicare allocazione: PTA, Poliambulatorio, altro)	DIABETE/SCOMPENSO	N° DI MMG ADERENTI AL PROGRAMMA DISTRETTUALE DI GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI CRONICI	N° TOT. DI MMG DEL DISTRETTO	N. TOTALE DEI PAZIENTI CRONICI DEL DISTRETTO (Dati Registro)		N. TOTALE DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO DALL'AGI (Dati del mese precedente)		N. PRIMI ACCESSI ALL'AGI		N. TOTALE DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO DALL'AGI		N. ACCESSI ALL'AGI (Accessi del follow up)		NUMERO TOTALE DI ACCESSI ALL'AGI (Primi accessi + Accessi del follow up)		N° DI RICOVERI NEI PAZ. SEGUITI DALL'AGI	
					DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO
MODICA	PTA SCICLI c/o P.O.	DIABETE/SCOMPENSO	14	91	5.611	1.498	928	22	1	0	929	22	394	0	395	0		
MODICA	POLIAMBULATORIO - ISPICA	DIABETE/SCOMPENSO	16				513	0	4	0	517	0	17	0	21	0		
MODICA	POLIAMBULATORIO - POZZALLO						222	0	0	0	222	0	20	0	20	0		
TOTALI AGI SCICLI-ISPICA-POZZALLO			30	91	5.611	1.498	1.663	22	5	0	1.668	22	431	0	436	0		
RAGUSA	PTA RAGUSA	DIABETE/SCOMPENSO	10	75	4.486	982	712	0	8	0	720	0	117	0	125	0		
VITTORIA	PTA COMISO C/O P.O.	DIABETE/SCOMPENSO	25	82	4.298	814	824	45	2	0	826	45	202	0	204	0		
TOTALI AGI ASP RG			65	248	14.395	3.294	3.199	67	15	0	3.214	67	750	0	765	0		

Fonte: U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- **MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;**
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rsslute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*

ASP RAGUSA			MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. - ANNO 2020					
DISTRETTO	PUNTO DI PRIMO INTERVENTO	POPOLAZIONE RESIDENTE	NUMERO DI ACCESSI	N. PAZIENTI INVIATI AL RICOVERO A SEGUITO DELL'ACCESSO AL PPI	N. PAZIENTI AFFERENTI AL PPI PER I QUALI E' STATA ATTIVATA UNA CONSULENZA SPECIALISTICA	N. PAZIENTI AFFERENTI AL PPI PER I QUALI E' STATO ATTIVATO UN INVIO ALL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO	N. PAZIENTI AFFERENTI AL PPI PER I QUALI E' STATO ATTIVATO UN APPROFONDIMENTO DIAGNOSI STRUMENTALE	
PPI	MODICA	SCICLI C/O P.O. BUSACCA	116.540	1480	33	29	1	20
	RAGUSA	RAGUSA C/O P.O. CIVILE	98.307	2744	0	1393	0	1399
	VITTORIA	COMISO C/O P.O. REGINA MARGHERITA	103.702	2117	2	82	1	41
	VITTORIA	SCOGLITTI - Prolungamento via Taranto (stessi locali ex PTE)		2357	47	25	0	10
	<b>TOTALE ASP</b>			<b>8698</b>	<b>82</b>	<b>1529</b>	<b>2</b>	<b>1470</b>

Fonte: U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica

# Elenco dei contenuti

## Attività di Monitoraggio

- CURE DOMICILIARI IV Trim 2020;
- CURE DOMICILIARI ACCESSI EROGATI IV Trim 2020;
- RSA IV Trim 2020 Comiso;
- RSA IV Trim 2020 Ragusa;
- RSA IV Trim 2020 Scicli;
- RSA IV Trim 2020 Villa San Giorgio;
- SUAP IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 Modica;
- HOSPICE IV Trim 2020 Ragusa;
- HOSPICE IV Trim 2020 riepilogo aziendale;
- INTEGRATIVA CELIACI IV Trim 2020;
- INTEGRATIVA DIABETICI IV Trim 2020;
- PROTESICA IV Trim 2020;
- TIPOLOGIA DIMISSIONI OSPEDALIERE IV Trim 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' A.G.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' P.P.I. IV TRIM 2020;
- MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI IV TRIM 2020;



Fonti:  
Flusso SIAD; Flusso RSA-ARS; Flusso HOSPICE; rssalute.it-PROD

*Elaborato dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione  
Sistemi Informativi Aziendali e Statistici*

ASP RAGUSA	MONITORAGGIO ATTIVITA' CODICI BIANCHI - ANNO 2020
------------	---

		NUMERO DI ACCESSI	N.ro PAZIENTI RINVIATI AL PRONTO SOCCORSO PER CAMBIO CODICE	N. PAZIENTI AFFERENTI ALL'AMBUL.C.B. PER I QUALI E' STATA ATTIVATA UNA CONSULENZA SPECIALISTICA	N. PAZIENTI AFFERENTI ALL'AMB.C.B. PER I QUALI E' STATO ATTIVATO UN INVIO ALL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO	N. PAZIENTI AFFERENTI ALL'AMB.C.B. PER I QUALI E' STATO ATTIVATO UN APPROFONDIMENTO DIAGNOSI STRUMENTALE
AMBUL. CODICI BIANCHI	VITTORIA	2928	96	1116	3	1462
	MODICA	1393	24	489	0	1140
	<b>TOTALE ASP</b>	<b>4321</b>	<b>120</b>	<b>1605</b>	<b>3</b>	<b>2602</b>

Fonte: U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica





Azienda Sanitaria Provinciale

## Piano della Performance 2021-2023

ALLEGATO 4

***Progetto formativo  
“human resources &  
change management”***

---



# STABILIRE GLI OBIETTIVI, MISURARE LE PERFORMANCE E VALORIZZARE I TALENTI

*«human resources & change management»*

## REPORT CONCLUSIVO

*Ragusa, 03 ottobre 2019*



**Progetto formativo rivolto ai  
dirigenti di struttura complessa  
dell'ASP di Ragusa**

**PROF. ROBERTO AGNELLO**

*docente universitario ed esperto in cambiamento  
organizzativo e gestione delle risorse umane in sanità*  
[studioagnello@lkinter.com](mailto:studioagnello@lkinter.com)

## METODOLOGIA FORMATIVA E OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il Progetto formativo realizzato nel corso del mese di settembre 2019 presso l'ASP di Ragusa ha previsto il **coinvolgimento di tutti i dirigenti responsabili delle U.O.C.** dell'Azienda, articolato in sei «focus group».

Il Progetto formativo è stato condotto partendo dall'assunto che **la crescita delle competenze manageriali**, della dirigenza di un'azienda sanitaria, **deve puntare ad affinare le abilità di valorizzazione del capitale umano esistente**: tecniche per creare e incoraggiare processi di autoapprendimento continuo; tecniche per far percepire i fattori di miglioramento come opportunità di cambiamento, occasioni per valorizzare ogni singolo contributo; tecniche di comunicazione e per dare e ricevere meglio il feedback.

La metodologia dei «focus group» (interviste di gruppo pianificate e condotte da due docenti esperti, moderatore ed osservatore) si sono rivelate particolarmente utili per esplorare in modo approfondito opinioni, atteggiamenti e comportamenti dei dirigenti che, di volta in volta, sono stati invitati a partecipare agli incontri dall'Azienda.

**Filo conduttore del Progetto formativo** è stato quello di:

- recuperare il significato degli attuali atteggiamenti/comportamenti di comunicazione interpersonale di routine;
- associarli a successi o insuccessi personali e dell'organizzazione;
- proporre la sperimentazione di nuovi atteggiamenti comportamentali e sistemi di comunicazione che possano sostituire le vecchie routine;
- diffondere la convinzione che il cambiamento non sia solo necessario, ma anche fisiologico per una efficace ed efficiente gestione delle risorse umane assegnate.

Gli stimoli di tipo motivazionale e le nuove idee che sono discese dalla realizzazione del Progetto **potranno essere trasformate in una utile fonte propulsiva di azioni e risultati se, in tempi brevi, l'Azienda sarà in grado di dare vita ad attività consequenziali**, concrete, ben comunicate e adeguatamente condivise che orientino la dirigenza a mettere in atto un reale cambiamento comportamentale nel breve periodo.

Il Progetto è stato diretto al raggiungimento dei seguenti **obiettivi**:

- **riconduurre** tutti i dirigenti responsabili di una struttura complessa **ad una logica di appropriatezza e/o legittimità dei processi di comunicazione interpersonale** più che ad una logica di consequenzialità e/o intenzione;
- **indurre a far corrispondere e/o innovare le procedure aziendali in materia di comunicazione interpersonale, in base a situazioni reali** più che lasciare arbitrarietà nelle scelte di routine;
- **favorire nuove interpretazioni/azioni comportamentali in materia di comunicazione**, in chiave prospettica (più che storica) prospettando nuovi modi di interagire tra colleghi in risposta agli attuali feedback sui fattori di miglioramento;
- favorire una migliore comunicazione interpersonale **impiegando in modo innovativo gli strumenti di programmazione, assegnazione degli obiettivi, misurazione e rendicontazione della performance individuale.**

## STIMOLI MOTIVAZIONALI E NUOVE IDEE – I/3

Nel corso della realizzazione dei «focus group» i dirigenti, hanno discusso e condiviso le seguenti **proposte da sottoporre alla Direzione dell'ASP di Ragusa**, al fine di **tradurle**, in tempi brevi, **in azioni concrete di cambiamento**, ampiamente apprezzate, ritenute prioritarie e necessarie per migliorare i complessi processi di comunicazione interpersonale e/o di misurazione della performance individuale nell'attuale assetto organizzativo Aziendale.

### ❖ MANAGERS MEETING

*Calendarizzare n.2 incontri l'anno di «convivialità e scambio d'informazioni» tra la direzione e tutti i dirigenti di struttura complessa.*

Cosa si intende per «managers meeting»? La dirigenza attraverso momenti conviviali professionalizzanti e strutturati, da tenersi presso strutture ricettive esterne ai locali aziendali, intende favorire tra tutte le figure di dirigenti apicali aziendali e la direzione, **un ambiente amicale di squadra, collaborativo e di condivisione.**

Gli incontri in questione dovranno essere in grado di **combinare aspetti e temi di lavoro con momenti di convivialità**, mediante un'agenda ben strutturata che contemperi anche momenti di team building (Es. comunicazioni della direzione, ospiti a tema, proiezione di filmati a tema, giochi di ruolo, brevi presentazioni dei dirigenti a tema, ecc.) che permettano ai membri dell'equipe sanitaria, amministrativa e tecnica di condividere esperienze, conoscersi in modo nuovo e provare a costruire nuovi canali di fiducia e comunicazione reciproca.

### ❖ SUPERVISORY MEETING «ON THE JOB»

*Calendarizzare n.3 incontri strutturati da tenersi presso le sedi di distretti e presidi ospedalieri con la direzione strategica.*

Cosa si intende per «supervisory meeting on the job»? La riunione di “supervisione” della direzione presso le unità operative, è un incontro periodico programmato con la dirigenza che **produce un elevato impatto comunicativoempatico sul livello d'interesse da parte della direzione** nei confronti del personale. Tali riunioni devono essere finalizzata e ben organizzate in modo tale da consentire alla direzione di visionare e valutare elementi ed informazioni acquisibili dai diretti interessati e difficilmente reperibili in altro modo, quali ad esempio: l'ambiente e condizioni dei luoghi di lavoro; i canali informativi realmente in uso; i rischi percepiti e le azioni di controllo poste in essere dalla dirigenza; i fattori strategici di successo; ecc. Si pone in evidenza infine che così strutturate, le suddette riunioni di “supervisione” **consentono** alla direzione anche **di adempiere ad alcuni obblighi di vigilanza contemperati dalla normativa PAC** (percorso attuativo di certificabilità).

## STIMOLI MOTIVAZIONALI E NUOVE IDEE – 2/3

Nel corso della realizzazione dei «focus group» i dirigenti, hanno discusso e condiviso le seguenti **proposte da sottoporre alla Direzione dell'ASP di Ragusa**, al fine di **tradurle**, in tempi brevi, **in azioni concrete di cambiamento**, ampiamente apprezzate, ritenute prioritarie e necessarie per migliorare i complessi processi di comunicazione interpersonale e/o di misurazione della performance individuale nell'attuale assetto organizzativo Aziendale.

### ❖ CUSTOMIZZAZIONE OBIETTIVI PERFORMANCE

*Consentire a dirigenti l'applicazione di un modello di attribuzione (e valutazione) degli obiettivi di performance individuale personalizzabile secondo le specifiche esigenze di ogni unità operativa.*

Cosa si intende per «customizzazione obiettivi»? La dirigenza dell'ASP di Ragusa ritiene che **l'attuale processo di valutazione di performance individuale**, per essere uno strumento efficace nei processi di comunicazione interpersonale e valorizzazione della persona, **deve essere profondamente innovato**, con riguardo ai processi di: attribuzione degli obiettivi, misurazione oggettiva dei riscontri ottenuti (in modo chiaro e misurabile), emersione e formalizzazione di analisi qualitative sul valutato (attitudini, capacità e comportamenti) e **possibilità di definizione e attribuzione autonoma di almeno un obiettivo specifico al personale assegnato, da parte del dirigente di struttura complessa.**

### ❖ COLLOQUI DI VALUTAZIONE

*Innovare il modello di valutazione della performance individuale prevedendo l'obbligo di un colloquio di valutazione finale tra valutato e valutatore.*

Cosa si intende per «colloquio di valutazione finale»? Il colloquio di valutazione delle prestazioni presenta la triplice finalità di:

- favorire la comunicazione interpersonale tra valutato e valutatore sulla base di dati chiari, oggettivi e misurabili;
- fotografare la prestazione raggiunta (fattori di forza e miglioramento);
- traguardare la valutazione individuale in un'ottica di sviluppo prima della persona ma a beneficio anche dell'equipe.

**Imporre un momento di colloquio interpersonale, che consenta di «sburocratizzare» il processo formale di valutazione**, è ritenuto dai dirigenti dell'ASP di Ragusa un momento importante e utile a favorire una migliore sintonia tra obiettivi aziendali, obiettivi di settore e obiettivi delle singole persone.

## STIMOLI MOTIVAZIONALI E NUOVE IDEE – 3/3

Nel corso della realizzazione dei «focus group» i dirigenti, hanno discusso e condiviso le seguenti **proposte da sottoporre alla Direzione dell'ASP di Ragusa**, al fine di **tradurle**, in tempi brevi, **in azioni concrete di cambiamento**, ampiamente apprezzate, ritenute prioritarie e necessarie per migliorare i complessi processi di comunicazione interpersonale e/o di misurazione della performance individuale nell'attuale assetto organizzativo Aziendale.

### ❖ STRUMENTI DI COLLABORAZIONE A DISTANZA

*Consentire e rendere disponibili a dirigenti e loro collaboratori la possibilità di App e strumenti di lavoro in equipe, chat, comunicazione e condivisione di documenti, progetti, dati ed informazioni in tempo reale.*

Cosa si intende per «strumenti di collaborazione a distanza»? Parlando di lavoro e collaborazione professionale tra colleghi, i dirigenti dell'ASP di Ragusa hanno manifestato l'esigenza di poter **disporre di soluzioni tecnologiche ideali** (autorizzate dall'Azienda e conformi alla normativa sulla privacy) **atte a facilitare un lavoro di collaborazione a distanza sfruttando le potenzialità di internet.**

Lo scopo principale che i dirigenti intendono raggiungere, ove l'Azienda fornisca e consenta loro l'impiego di strumenti software di «collaboration» (oggi molto evoluti e di facile reperimento), è quello di aumentare la produttività dell'equipe di lavoro ottimizzando e automatizzando le funzioni di: tenere traccia dell'andamento di singoli task; inviare automaticamente aggiornamenti sullo stato di avanzamento di specifici compiti agli interessati; gestire flussi di operazioni in cascata; offrire spazi virtuali comuni in cui condividere documenti; abilitare forme di discussione online, regolamentandone l'uso e tenendone traccia.

### ❖ SONDAGGI INTERAZIENDALI INCROCIATI

*Somministrazione in modo informatico di sondaggi incrociati, tra i dipendenti di differenti unità operative, sul livello di soddisfazione percepito sulle attività e servizi interaziendali ricevuti.*

Cosa si intende per «sondaggi interaziendali incrociati»? Per ricevere feedback dai colleghi è sufficiente chiedere loro direttamente un giudizio sul livello di soddisfazione percepito del proprio operato. Da quanto è emerso nel corso del Progetto, l'ASP di Ragusa è nelle condizioni di predisporre e somministrare internamente, in breve tempo e avvalendosi di strumenti informatici in uso, **specifici sondaggi interni incrociati «online» tra dipendenti di differenti unità operative.**

I direttori di struttura complessa valutano molto positivamente tale attività e ne chiedono la sperimentazione al fine di fornire/acquisire, dai/ai diretti interessati, elementi utili a meglio comprendere i fattori di successo e di miglioramento del proprio lavoro: aiutare dirigenti e personale a misurare l'impatto dei propri provvedimenti; sviluppare una cultura d'opinione e di miglioramento continuo; snellire i tempi di cattura delle informazioni pertinenti per il cambiamento.

## OSTACOLI METODOLOGICI AL CAMBIAMENTO

IN AMBITO DI COMUNICAZIONE INTERPERSONALE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

### OSTACOLI METODOLOGICI

Singoli individui ed equipe di lavoro tendono a sviluppare dinamiche comportamentali di «routine» rispetto alle aspettative aziendali di miglioramento della performance.

Nel corso dei «focus group» è emerso che, *in media*, le unità operative aziendali tendono ad essere:

- **“problem searcher”**: i dirigenti osservano una ricorrente tendenza ad attivare processi di comunicazione interpersonale solo in presenza di sollecitazioni dettate, di volta in volta, dal singolo problema (interpersonale o tecnico/gestionale).

Ciò comporta che *il «driver» più comune, da cui scaturisce la necessità di comunicare e di ricercare azioni di miglioramento, il più delle volte, è solo l’insorgere del problema*: quando si percepisce di avere un problema e che vi possono essere delle conseguenze ove non si agisca per migliorare, si cercano soluzioni percorribili. Altrimenti si tende a proseguire mettendo in atto, in modo non sempre consapevole, atteggiamenti comportamentali dettati da «prassi» consolidate e consuete, senza una innovativa ricerca di programmazione e messa in atto di nuove soluzioni.

- **“satisficing”**: i dirigenti osservano la *difficoltà di riuscire a sperimentare*, presso le loro unità operative, l’impiego di *strumenti di comunicazione interpersonale diversi da quelli più conosciuti e ordinari* quali riunioni (strutturate e/o destrutturate), dialogo (più o meno ordinario e istintivo), posta elettronica e chat telefoniche.

Ciò comporta, nella maggior parte delle situazioni rilevate nei «focus group», una tendenza ad accontentarsi e permanere in un *«comfort bunker» fatto di ripetizione di prassi, consuetudini e azioni non sempre idonee alla crescita della performance individuale del collega assegnato*. Il più delle volte tali azioni comportamentali sono dettate dalle proprie inclinazioni e attitudini, piuttosto che da un attento studio e utilizzo di appropriate tecniche di comunicazione interpersonale definite sulle specifiche condizioni in cui ci si trova ad operare.

## OSTACOLI AL CAMBIAMENTO PERCEPITI DALLA DIRIGENZA AZIENDALE IN AMBITO DI COMUNICAZIONE INTERPERSONALE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Nel corso della realizzazione dei «focus group» i dirigenti di struttura complessa hanno mediamente rappresentato i seguenti ostacoli, da loro percepiti come prioritari nella rimozione al fine di attivare una migliore (efficiente ed efficace) gestione dei processi di comunicazione interpersonale e valutazione della performance individuale in Azienda.

### OSTACOLI ALLA COMUNICAZIONE

- **carenze motivazionali** nel proporre e mettere in atto nuovi processi di comunicazione interpersonale e rilascio del feedback;
- **carenza di tempo «istituzionalmente previsto» da parte dell'Azienda da dedicare a colleghi** e utile a favorire e facilitare l'istaurarsi di migliori rapporti di comunicazione interpersonale, anche di tipo più amicale ed empatico;
- **carenza di strumenti informativi atti a favorire il confronto e lo scambio**, continuo e tempestivo, di dati ed informazioni utili sia tra colleghi di una stessa unità operativa che tra differenti unità aziendali;
- forte e diffusa **propensione all'arroccamento di posizione** e alla poca flessibilità;
- **resistenza all'acquisizione e conseguente gestione di problematiche personali** che possono avere impatto nella performance individuale dei colleghi;
- **attitudine alla lamentela sterile**, piuttosto che alla ricerca e proposizione di soluzioni condivisibili;

### OSTACOLI ALLA VALUTAZ. DELLA PERFORMANCE

- **carenza e poca chiarezza di criteri** (oggettivi, misurabili, uniformi e condivisi) e **meccanismi** su cui si deve parametrare la valutazione della performance individuale;
- **carenza di sistemi informatici integrati di facile impiego** per l'assegnazione di obiettivi e misurazione della performance individuale (condivisione, archiviazione e controllo tracciato);
- **carenze di conoscenza e dell'utilità dei regolamenti interni** in materia di performance e conseguente resistenza/difficoltà nella loro applicazione, puntuale e tempestiva;
- **forti ritardi** nell'attribuzione degli obiettivi e nella misurazione e diffusione dei risultati di performance individuale raggiunti;
- **appiattimento** (scarsa differenziazione) dei livelli di performance effettivamente raggiunti, con consequenziale attribuzione di uniformi livelli premianti spesso non realmente conformi ai risultati conseguiti;
- **scarsa valorizzazione delle eccellenze.**



# CONCLUSIONI, SUGGERIMENTI E LEVE DEL CAMBIAMENTO IN AMBITO DI COMUNICAZIONE INTERPERSONALE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

**PROF. ROBERTO AGNELLO – FORMAZIONE MANAGERIALE IN SANITÀ**

[STUDIOAGNELLO@LKINTER.COM](mailto:STUDIOAGNELLO@LKINTER.COM)



## CONCLUSIONI, SUGGERIMENTI E LEVE DEL CAMBIAMENTO – I/2

### IN AMBITO DI COMUNICAZIONE INTERPERSONALE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

A fronte di quanto emerso nel corso dei «focus group» e sulla base delle esperienze e competenze dei docenti a cui è stato affidato il Progetto formativo «human resources & change management» condotto nel mese di settembre 2019 presso l'ASP di Ragusa, si riportano alcuni spunti di riflessione conclusiva per favorire le azioni conseguenti che la Direzione dovrebbe portare a compimento in tempi brevi.

- ***L'Azienda dovrebbe rivedere l'attuale regolamento adottato internamente in materia di performance individuale*** e adottarne uno che tenga in debito conto sia delle novità normative recentemente intervenute che dei suggerimenti ottenuti dai dirigenti di struttura complessi che hanno partecipato al Progetto;
- ***L'Azienda deve saper comunicare per tempo*** (entro i primi mesi dell'anno) ***gli obiettivi*** di performance identificati per ogni unità operativa: gli obiettivi devono essere esplicitati (comunicandoli) ex ante e condivisi, esplicitando anche gli indicatori necessari a misurarli e i target di risultato attesi;
- ciascun valutatore deve poter contribuire alla definizione degli obiettivi di sviluppo individuale ***identificati sulla base delle aree di sviluppo emerse al termine dell'anno precedente***;
- è consigliabile mantenere un numero di obiettivi individuali limitato (tra tre e cinque) al fine di agevolarne la focalizzazione e il reale perseguimento;
- il processo di assegnazione, condivisione, autovalutazione e valutazione della performance individuale ***deve essere svolto avvalendosi di un sistema informatico*** che faciliti e lasci traccia formale delle azioni intraprese e dei tempi di svolgimento da parte del valutato e del valutatore;
- i nuovi obiettivi di performance individuale dovranno essere:
  - ***rilevanti e pertinenti*** rispetto al servizio offerto e alle priorità di Azienda in generale e unità operativa in particolare;
  - ***specifici e misurabili*** in termini concreti e chiari;
  - tali da ***determinare un miglioramento***;
  - ***riferibili ad un arco temporale determinato***;
  - ***commisurati ai valori standard*** definiti dall'Azienda;
  - ***confrontabili almeno sul triennio precedente***;
  - ***correlati alla quantità e alla qualità*** delle risorse disponibili.

## CONCLUSIONI, SUGGERIMENTI E LEVE DEL CAMBIAMENTO – 2/2

### IN AMBITO DI COMUNICAZIONE INTERPERSONALE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

A fronte di quanto emerso nel corso dei «focus group» e sulla base delle esperienze e competenze dei docenti a cui è stato affidato il Progetto formativo «human resources & change management» condotto nel mese di settembre 2019 presso l'ASP di Ragusa, si riportano alcuni spunti di riflessione conclusiva per favorire le azioni conseguenti che la Direzione dovrebbe portare a compimento in tempi brevi.

- affinché il processo di valutazione sia efficace e conduca effettivamente ad un miglioramento delle performance, **valutatori e valutati dovrebbero revisionare lo stato della propria performance in modo regolare**, indicando se il livello di raggiungimento degli obiettivi sia in linea o meno rispetto al target di risultato atteso, e le eventuali motivazioni del disallineamento;
- per questo motivo, **è auspicabile che si giunga ad implementare in Azienda un sistema che faciliti il rilascio di feedback continuativo ma anche formalizzato e ripercorribile tra valutato e valutatore** con riferimento alle attività svolte;
- è auspicabile che la valutazione conclusiva sia **sempre preceduta dall'autovalutazione** sulla performance individuale **da parte del soggetto valutato**;
- la valutazione deve prevedere una **parte formale e un colloquio interpersonale**, nel corso del quale valutato e valutatore dovranno discutere le diverse dimensioni oggetto di valutazione;
- al termine del colloquio, sulla base degli esiti della valutazione, il valutatore dovrà **definire e condividere con il valutato i punti di forza e le aree di miglioramento identificate**, che si devono tradurre in obiettivi individuali per l'anno successivo.



Azienda Sanitaria Provinciale

**Piano della Performance  
2021-2023**

**ALLEGATO 5**

***Obiettivi di salute e  
funzionamento  
2019-2020 AGENAS***





**OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO  
delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE  
2019 - 2020**

## II SISTEMA OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO dei SERVIZI per il PERIODO 2019 - 2020

Gli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi, assegnati per il biennio 2019 - 2020 fanno riferimento ai seguenti ambiti:

1. Screening
2. Esiti
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento
6. Donazione organi
7. Prescrizione in modalità dematerializzata
8. Fascicolo Sanitario Elettronico
9. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)
10. Piani di efficientamento e riqualificazione (P.E.R.)
11. Piani Attuativi Aziendali (P.A.A.)

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

La quota integrativa del trattamento economico è corrisposta proporzionalmente ai risultati raggiunti (es. un raggiungimento degli obiettivi al 80% comporterà la corresponsione della quota integrativa nella misura del 80% della stessa). Peraltro, ai sensi di quanto disposto dalla legge 145 del 30 dicembre 2018, il non rispetto dei termini di pagamento previsti dalla normativa vigente inciderà sul riconoscimento della indennità di risultato fino ad un massimo del 30%

Qualora il raggiungimento di un obiettivo dovesse essere impedito da cause non imputabili alla responsabilità del Direttore Generale, a seguito della presentazione della documentazione idonea a certificare tale evenienza e in seguito alle opportune verifiche, l'obiettivo verrà rivisto dall'Assessorato e, se del caso, rimodulato.

Il monitoraggio degli obiettivi contrattuali di salute e funzionamento dei servizi è articolato in 3 incontri nei mesi di aprile, settembre e dicembre, con le Aziende, che produrranno preventivamente specifici report di avanzamento.

Il presente documento contiene una descrizione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e dei sub-obiettivi che li compongono. Di seguito è riportato un quadro sinottico con la

distribuzione dei 100 punti per i singoli obiettivi, e sono esplicitate per ciascun obiettivo e sub-obiettivo le modalità di valutazione/misurazione (criteri e indicatori), il valore atteso e il relativo punteggio.

		Peso ASP	Peso AO AOU
1. Screening oncologici	• tumore della cervice uterina	3	1
	• tumore della mammella	3	1
	• tumore del colon retto	3	1
2. Esiti	• Frattura del femore	5	5
	• Parti cesarei	5	5
	• Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	5	5
	• Colectomia laparoscopica	5	5
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10	10
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		10	10
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento		10	10
6. Donazione organi		3	9
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata		5	7
8. Fascicolo Sanitario Elettronico		5	10
9. Percorso di Certificabilità		5	5
10. Piani di efficientamento e riqualificazione		-	5
11. Piani Attuativi Aziendali	• Area Sanità pubblica e prevenzione	5	-
	• Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti	9	9
	• Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	9	2
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

## OBIETTIVO 1: *Screening*

Referente obiettivo: DASOE - U.O. 9.2

<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.</p> <p>Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).</p> <p>I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colonretto, 60% per il tumore della mammella.</p> <p>Per calcolare la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle ASP sarà utilizzato l'indicatore della griglia LEA «<b>n. di test eseguiti/popolazione target</b>», che tiene conto sia dell'estensione che dell'adesione.</p> <p>Nel caso delle AO (come pure delle ASP) sarà utilizzato l'adempimento alle prescrizioni della <b>Circolare n. 5 del 16.3.2016</b>e della <b>Circolare n. 18 del 4.10.2018</b>, nonché del <b>Piano Regionale Della Prevenzione</b>.</p>
<b>PUNTEGGIO ASP e AO</b>	<p><b>9 PUNTI (3 per ogni screening) per le ASP</b></p> <p><b>3 PUNTI (1 per ogni screening) per le AO</b></p>
<b>NOTA</b>	<p>Per il calcolo della popolazione target si fa riferimento al dato ISTAT, diviso 3 per il tumore della cervice uterina, e diviso 2 per il tumore della mammella e del colon retto.</p>

## OBIETTIVO 1: Screening oncologici

### Referente obiettivo: DASOE - U.O. 9.2

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening e del sistema di sorveglianza PASSI mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore in Sicilia rispetto alla media del Paese. Nel 2010 il CCM ha approvato il "Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Sicilia" presentato dalla Regione nel 2009, consentendo così alla Regione Siciliana di implementare lo sviluppo degli screening a valere sui finanziamenti dedicati.

Grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento rispetto alla situazione di partenza, ma non sono stati ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti, pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione reale dei programmi di screening e l'adesione della popolazione bersaglio.

Con la **Circolare Assessoriale n. 5 del 16.3.2016**, pubblicata sulla GURS n. 14 dell'1.4.2016, e con la **Circolare Assessoriale n. 18 del 4.10.2018**, pubblicata sulla GURS n. 45 del 19.10.2018, sono state sottolineate le azioni necessarie ad ottenere il potenziamento degli screening oncologici, in accordo al **Piano Regionale della Prevenzione**.

### INDICATORI

#### ASP

L'indicatore di risultato, per ciascuno dei 3 screening, è il numero di persone che hanno effettivamente eseguito il test in rapporto alla popolazione target annuale (tutti quelli che avrebbero dovuto eseguirlo), cioè n. test/popolazione target annuale (indicatore LEA).

La popolazione target annuale è:

- per lo screening del cervicocarcinoma, donne residenti 25-64 anni (dato ISTAT) / 3 (il test va fatto ogni 3 anni);
- per lo screening del tumore della mammella, donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2 anni);
- per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2 anni).

Dalla popolazione target possono essere sottratte le persone con motivi, certificati dal MMG o eventualmente dai Registri Tumori, di esclusione:

- per lo screening del cervicocarcinoma, donne isterectomizzate o con diagnosi di cervicocarcinoma da meno di 5 anni;
- per lo screening del tumore della mammella, donne con mastectomia totale o con diagnosi di tumore della mammella da meno di 5 anni;
- per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne con malattia infiammatoria del colon (M. di Chron e rettocolite ulcerosa), con colectomia totale o con diagnosi di tumore del colonretto da meno di 5 anni.

Oltre all'obiettivo di risultato vanno raggiunti anche gli obiettivi di processo contenuti nel **Piano Regionale della Prevenzione** e nelle **Circolari** citate:

- Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP (SI/NO)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coinvolgimento e collaborazione MMG (% MMG con pulizia liste)</li> <li>- Aggiornamento banca dati anagrafica (SI/NO)</li> <li>- Presenza PDTA per ogni screening (SI/NO)</li> <li>- Utilizzo HPV-DNA come test primario (SI/NO)</li> </ul> <p>AO</p> <p>Gli indicatori esprimono la collaborazione con le ASP per il raggiungimento del risultato e sono riportati nelle <b>Circolari</b> citate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP</li> <li>- Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening</li> <li>- Esecuzione delle prestazioni di approfondimento richieste dalla ASP</li> <li>- Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening</li> </ul>
<p><b>VALORI OBIETTIVO</b></p>	<p>ASP</p> <p>Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il 100% di estensione su tutti e 3 gli screening, con il 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e il 60% per il tumore della mammella; ne consegue che i relativi indicatori LEA (che si ottengono moltiplicando adesione per estensione) sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e 60% per il tumore della mammella.</p> <p>AO</p> <p>Primo e secondo indicatore SI, terzo e quarto indicatore 100%.</p>
<p><b>SCALA</b></p>	<p>ASP</p> <p>Per ogni screening:  Indicatore LEA &lt;5% = 0  5-9% = 1  10-14% = 2  15-19% = 3  20-24% = 4  25-29% = 5  30-34% = 6  35-39% = 7  40-44% = 8  45-49% = 9  50+% = 10</p> <p>Il massimo punteggio ottenibile è quindi 30, e in rapporto alla percentuale di 30 raggiunta saranno assegnati in proporzione i 9 punti.</p>

	<p>Il punteggio ottenuto tramite indicatore LEA sarà proporzionalmente aumentato (comunque fino a un massimo di 9) o ridotto in relazione al raggiungimento o meno degli obiettivi di processo: punti 0,5 per il primo, il terzo e il quarto, punti 2 (ridotti in proporzione alla percentuale di raggiungimento) per il secondo e punti 1 per il quinto (ridotto se non coperto tutto il territorio di competenza).</p> <p>AO</p> <p>Primo e secondo indicatore: 1 Si, 0 NO</p> <p>Terzo indicatore 1 punto, quarto indicatore 2 punti, entrambi in proporzione alla percentuale di raggiungimento.</p>
<p><b>TRACKING</b></p>	<p>ASP</p> <p>Monitoraggio con periodicità quadrimestrale attraverso l'invio da parte delle ASP dei files nominativi individuali, contenenti dati anagrafici, data di invito al test ed esecuzione del test, prodotti dai programmi gestionali degli screening – Relazione – Accertamenti ispettivi.</p> <p>AO</p> <p>Relazione di AO e corrispondente ASP sull'utilizzo del programma gestionale da parte dell'AO, sulla presenza del referente clinico, sul numero di prestazioni richieste e fornite, sulla completezza dei dati registrati per i casi inviati per approfondimento e terapia – Accertamenti ispettivi.</p>

<b>OBIETTIVO 2: Esiti</b>	
<b>Referente Assessorato</b>	<b>DASOE – Servizio 9</b>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione a partire dagli anni 2011 di obiettivi operativi misurabili tramite indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE). Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il periodo in esame di continuare ad impiegare i quattro sub obiettivi utilizzati in precedenza</p> <p><b>2.1 Frattura del femore:</b> tempestività dell'intervento per frattura femore <i>over</i> 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;</p> <p><b>2.2 Parti cesarei:</b> riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;</p> <p><b>2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI:</b> tempestività di esecuzione di angioplastica 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;</p> <p><b>2.4 Colectomia laparoscopica:</b> 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.</p>
<b>PUNTEGGIO ASP e AO</b>	<b>20 (5 per ogni sub obiettivo)</b>

## SUB-OBIETTIVI E INDICATORI

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

**Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9**

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 disponibili non presentano caratteristiche di validità tali da garantire 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** (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**</b> (compresi quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico). <b>(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 94,3%</b>
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), 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</b>	<b>5/20</b>
<b>NOTE</b>	*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 il periodo in esame si continua a fare ricorso all'indicatore proxy <i>intervallo 0-2 giorni</i> in quanto il flusso informativo SDO non presenta caratteristiche di validità tali da rilevare l'informazione sul tempo espresso in minuti.

	<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 2.1**

### **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 2019 – 31 dicembre 2020;
- 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 2019 ed il 31 dicembre 2020.

##### 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  $\leq$  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 *riskadjustment* 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 indice	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 mal 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 primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)</b>	
<b>Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9</b>	
La Regione Siciliana è riuscita nell'ultimo quinquennio 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 pregresso cesareo**</b> (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con &lt; 1000 parti anno = massimo 15%</b> <b>Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con &gt; 1000 parti anno = massimo 25%</b>
<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 rispettivamente : (26%/ e 28%) per ciascuno dei due livelli/soglia individuati e il rispettivo 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. Nel caso in cui le AO e le ASP abbiano sia maternità di I livello che maternità di II livello, il punteggio complessivo sarà applicato proporzionalmente al peso dei due differenti strati.
<b>TRACKING</b>	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di <i>auditing</i> da parte dei servizi competenti e di Agenas.
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>5/20</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 2019 e il 31 dicembre 2020
- 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 2018 e il 31 dicembre 2020 (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] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.

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

Tra i potenziali fattori di rischio per il cesareo, utilizzabili ai fini del *riskadjustment*, 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

Ipertensione 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 2.3.1 : Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI****Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9**

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 a quello del ricovero (data di ricovero) con diagnosi certa di I.M.A. STEMI (quindi entro un intervallo massimo ricovero/intervento di 0-1 giorno).

<b>INDICATORE</b>	<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***</b> <b>(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017 ): 91,8%</b>
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) 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</b>	<b>5/20</b>
<b>NOTE</b>	*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. Tuttavia poiché il flusso informativo SDO non consente per caratteristiche di completezza non ancora validate informazioni sul tempo espresso in minuti, si continua a fare ricorso all'indicatore proxy <i>intervallo 0-1 giorno</i> . ***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 2.3.1

### **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 2019 – 31 dicembre 2020;
- 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 2019 ed il 31 dicembre 2020, 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

#### **Condizione**

Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica  
Angina pectoris  
Altre forme di cardiopatia ischemica cronica  
Emopericardio

426	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 *riskadjustment* 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
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 mal 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
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

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

**Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9**

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 inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Media delle migliori 10 strutture in Italia Fonte PNE 2017:95,3%</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 70%. 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</b>	<b>5/20</b>
<b>NOTE</b>	**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del 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 2.4

## **COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE 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 2019 – 31 dicembre 2020;
- 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 e Day Hospital, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2019 ed il 31 dicembre 2020, 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 (ICD-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

### Interventi sul fegato

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
<u>Interventi sul pancreas</u>	
52.22	Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico
52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatiche
52.4	Drenaggio interno di cisti pancreatiche
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
<u>Interventi per ernia parete addominale</u>	
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
<u>Interventi sul peritoneo</u>	
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
<u>Interventi su intestino crasso</u>	
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
<u>Altri interventi addominali</u>	
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 inferiore a 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	Descrizione
574.20	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*

<b>Codice ICD-9-CM diagnosi</b>	<b>Descrizione</b>
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 colecistite senza ostruzione
senza 576.2 + (574.20 o 574.50 o 574.90)	Ostruzione del dotto biliare + Calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare colecistite senza ostruzione
senza 575.3	Idrope della colecisti

*D. Calcolosi con complicanza sia infiammatoria sia ostruttiva*

<b>Codice ICD-9-CM diagnosi</b>	<b>Descrizione</b>
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 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

### Identificazione e definizione delle patologie concomitanti “croniche” e di condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di *riskadjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età, la gravità della colelitiasi ed una serie di comorbidità (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
Cardiopatia 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	
<i><u>Intev. sullo stomaco e duodeno</u></i>		
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 : Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA

**Referente obiettivo: DASOE - Servizio 8**

La Regione Siciliana provvederà ad adottare il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (**PRGLA**) entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa Stato Regioni sul Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2019-2021 (**PNGLA**). Entro 60 giorni dall'adozione del PRGLA, le Aziende Sanitarie provvederanno ad adottare i propri **Programmi Attuativi Aziendali**, in coerenza con quanto definito in ambito regionale.

Attraverso questo obiettivo l'Assessorato della Salute effettuerà il monitoraggio della garanzia dei tempi di attesa e degli interventi attuati dalle Aziende Sanitarie nell'ambito Programma Attuativo Aziendale.

Nel PRGLA saranno considerati i seguenti monitoraggi:

- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali
- Monitoraggio ex post delle attività di ricovero
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP;
- Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda. Il modello RAO: i) prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; ii) indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" già condiviso dalla Regione Siciliana.

<b>INDICATORI</b>	Gli indicatori per la valutazione dell'obiettivo saranno riportati nel PRGLA 2019-2021 nella sezione dedicata.
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	Come sopra i valori obiettivo saranno riportati nel PRGLA 2019-2021 nella sezione dedicata.
<b>SCALA</b>	Come sopra sarà riportata nel PRGLA 2019-2021.
<b>TRACKING</b>	- Monitoraggio intermedio ed a fine mandato
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>10</b>

## **OBIETTIVO 4 : *garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR***

**Referente obiettivo: DASOE - Servizio 8**

**L'obiettivo viene declinato in due sub obiettivi:**

### **4.1) Punti nascita**

Al fine di incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita della Regione Sicilia, è stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato – Regioni del 16 dicembre 2010 e al Decreto Assessoriale 2536 del 2 dicembre 2011 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita".

Le Aziende sanitarie con Punto Nascita dovranno garantire il raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist. I dati dovranno essere inseriti sulla piattaforma qualitasiciliassr. Saranno effettuate verifiche a campione sulla congruità dei dati inseriti.

### **4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali**

Al fine di monitorare le modalità organizzative predisposte per migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza 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**

- Garantire che venga data assistenza alla gravidanza e al parto esclusivamente a partire da età gestazionale  $\geq$  a 34 settimane compiute.
- Se con età gestazione inferiore a 34 settimane ricovero inferiore a 24 ore (appropriatezza organizzativa)
- Garantire la corretta selezione della tipologia e del livello assistenziale della casistica in ingresso e ridurre il tasso di trasferimento dei neonati dal punto nascita verso UTIN di riferimento

#### **b) nei PN con UTIN**

- Predisporre un modello organizzativo che contemperi appropriatezza clinica e corretto utilizzo delle risorse, attraverso il trasferimento 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.

INDICATORI	<p><b>4.1) Punti nascita</b></p> <p>Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist</p> <p><b>Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore 1</b></p> <p>Costituisce pre-requisito l'obbligatorietà dei requisiti relativi alla presenza del personale ostetrico, ginecologico, della guardia attiva H24 anestesiologicala e pediatrico/neonatalogica H24, della garanzia degli esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24 e della presenza di una sala operatoria che deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto</p> <p><b>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</b></p> <p><b>4.2.1) Nei PN senza (TIN):</b></p> <p>4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Numeratore: neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Denominatore: totale neonati ricoverati</p> <p><b>4.2.2) Nei PN (con TIN):</b></p> <p>4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI [Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</li> <li>- Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73]</li> </ul> <p><b>4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730).</b>  Numeratore: Numero neonati direttamente dimessi (modalità dimissione: codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da TIN (Cod. 73)  Denominatore: Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod.73) al netto dei deceduti (modalità dimissione: codice 1)</p>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<p><b>4.1) Punti nascita</b></p> <p><b>Livello I - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 100%</b>  Soddisfamento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p><b>Livello II - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 90%</b>  Soddisfamento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p><b>Livello III - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 75%</b>  Soddisfamento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p><b>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</b></p> <p>4.2.1.1)0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>4.2.1.2)&lt; 8% (Fonte SDO)</p> <p>4.2.2.1) SI</p> <p><i>[Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali.  Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento.  Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</li> <li>- Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</li> <li>- Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73]</li> </ul>

	<p>4.2.2.2)</p> <p>&lt;10% (2016);</p> <p>&lt; 7% (2017)</p> <p>&lt; 5% (2018)</p>
<b>SCALA</b>	<p><b>1) Punti nascita</b></p> <p><b>Livello I</b> SI/NO. (SI = 100% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Nel caso di NO si passa al Livello II</p> <p><b>Livello II</b> SI/NO. (SI = 90% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Nel caso di NO si passa al Livello III</p> <p><b>Livello III</b> SI/NO. (SI = 75% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Nel caso di NO l'obiettivo non è raggiunto</p> <p>L'assenza del pre-requisito non consente il raggiungimento dell'obiettivo.</p> <p><b>2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</b></p> <p>SI/NO</p>
<b>TRACKING</b>	<p>- Monitoraggio intermedio</p> <p>- Monitoraggio finale a fine mandato</p>
<b>PUNTEGGIO</b>	<p><b>10</b></p> <p>4.1) Punti nascita - punteggio <b>5</b></p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali – punteggio <b>5</b></p>

Allegati:

- **Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello e dei punti nascita in deroga**
- **Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di II livello**

## CHECKLIST PER LA VERIFICA DEGLI STANDARD PER LA RIORGANIZZAZIONE DEI PUNTI NASCITA DI I LIVELLO E DEI PUNTI NASCITA IN DEROGA RISPETTO AL REQUISITO MINIMO DI 500 PARTI/ANNO

### INTRODUZIONE

Il presente documento contiene gli standard operativi, di sicurezza e tecnologici previsti dall'Accordo Stato Regioni e dal D.A. 2536 del 2 dicembre 2011 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita" che dovranno essere garantiti nei punti nascita pubblici e privati accreditati di I livello, compreso i punti nascita sottoposti a deroga rispetto al requisito minimo di 500 parti/anno.

Al fine di aumentare i livelli di qualità, sicurezza e appropriatezza nel percorso nascita la Regione ha ritenuto necessario rendere più espliciti, anche tramite il coinvolgimento del Comitato Percorso Nascita Nazionale, alcuni dei requisiti contenuti negli allegati tecnici del suddetto accordo, nonché individuare un modello organizzativo, per quanto attiene all'assistenza neonatale, che risponda maggiormente, soprattutto dal punto di vista funzionale, ai requisiti di qualità e sicurezza dell'assistenza del neonato.

#### **A) U.O. OSTETRICIA DI I LIVELLO (nati/anno 500-1000 e punti in deroga)**

**Unità che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale  $\geq 34$  settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto.**

*Il numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello legati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.*

#### **Standard Operativi**

parti/anno: 500 - 1000;	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate, sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, tenendo anche conto del volume di attività ginecologica; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
presenza di personale ostetrico e ginecologico h 24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>

garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24	<input type="checkbox"/>
Garantire assistenza con guardia attiva anestesiologicala H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	<input type="checkbox"/>
Garantire assistenza con guardia attiva pediatrico/neonatologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti due sale travaglio - parto; Le sale travaglio-parto (riferimento LG ISPESL) devono essere 3 se il numero dei parti >1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno;	<input type="checkbox"/>
una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPESL);	<input type="checkbox"/>
area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;	<input type="checkbox"/>
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);	<input type="checkbox"/>
garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24; anche con pronta disponibilità del personale addetto; deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione	<input type="checkbox"/>

\* Il Comitato Percorso Nascita Nazionale ha espresso un parere tecnico sulla necessità di Garantire assistenza con guardia attiva anestesiologicala e pediatrico/neonatologica H24 in base alla considerazione che il parto, anche in condizioni di fisiologia, può talvolta richiedere l'intervento urgente del pediatra e dell'anestesista dotati di idonee competenze per la gestione delle eventuali emergenze. Il Comitato ha raccomandato, inoltre, che tali figure professionali, in guardia attiva h24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero (nel caso di strutture articolate su più presidi) sede di Punto Nascita, partecipino periodicamente a corsi di formazione volti a mantenere la necessaria competenza clinica"

#### Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale $\geq$ 34 settimane;	<input type="checkbox"/>
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24	<input type="checkbox"/>

garantire alla donna partoriente la riservatezza, la tranquillità, il riconoscimento della propria dignità, una adeguata informazione, il diritto di vivere il parto come evento naturale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta, anche attraverso la costituzione di percorsi dedicati alla gravidanza fisiologica;	<input type="checkbox"/>
garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non;	<input type="checkbox"/>
rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<input type="checkbox"/>
garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera; in ogni punto nascita deve essere garantito H24 l'immediato inizio delle manovre di rianimazione e la stabilizzazione di una donna, in travaglio o in fase puerperale, in attesa del trasferimento presso un luogo idoneo per il livello assistenziale. Deve essere disponibile inoltre un protocollo specifico per l'appropriata attivazione delle procedure in caso di necessita'	<input type="checkbox"/>
garantire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini in urgenza	<input type="checkbox"/>
essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di Il livello secondo il modello hub e spoke attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi;	<input type="checkbox"/>
provvedere al trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di Il livello;deve essere disponibile una procedura interna e una procedura condivisa con U.O. di 2° livello/STAM del bacino di riferimento	<input type="checkbox"/>
garantire il trasferimento a struttura di Il livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbia bisogno di terapie intensive, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N.;deve essere disponibile una procedura interna e procedure condivise con U.O. di 2° livello del bacino di riferimento	<input type="checkbox"/>

## Standard di Sicurezza

Le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale sono funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio – parto - sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale - nido-rooming-in – area neonatale,preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPESL) nonchè consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	<input type="checkbox"/>
deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h 24 nel blocco travaglio parto;	<input type="checkbox"/>
per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita la possibilità di impiegare le sale parto come sale operatorie per effettuazione di cesarei nella struttura ospedaliera;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree dedicate all'accettazione ostetrica;	<input type="checkbox"/>
deve esserci disponibilità di aree utili alla gestione dell'assistenza al travaglio-parto fisiologico/naturale anche con l'ausilio di metodiche non farmacologiche per il controllo del dolore;	<input type="checkbox"/>
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine, per la gravidanza a rischio e di diagnostica per immagini in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
deve essere disponibile un servizio di rianimazione e terapia intensiva generale o un collegamento formalizzato con lo stesso attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi;	<input type="checkbox"/>
se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati	<input type="checkbox"/>

### Standard Tecnologici

Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro deve essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Tab.a)Ogni 1000 parti/anno (tali indicazioni vanno adattate al volume delle prestazioni dei singoli punti nascita)

	Accettazione		Travaglio-parto		Degenza		ambulatorio	
ecografi	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Cardiotocografo (*)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Carrello emergenza	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Collegamenti fissi per aspirazione	<input type="checkbox"/>
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche	<input type="checkbox"/>

monouso	
n. 1 forcipe	<input type="checkbox"/>
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto	<input type="checkbox"/>
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo	<input type="checkbox"/>
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore	<input type="checkbox"/>
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile	<input type="checkbox"/>
n. 1 orologio con contasecondi a muro	<input type="checkbox"/>
Possibilità di sterilizzazione	<input type="checkbox"/>
n. 2 elettrocardiografi	<input type="checkbox"/>
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto.	<input type="checkbox"/>
n. 4 pompe a siringa	<input type="checkbox"/>
pompe infusione continua	<input type="checkbox"/>
n. 2 saturimetri pulsati	<input type="checkbox"/>
rilevatore Doppler portatile	<input type="checkbox"/>
n. 1 emogasanalizzatore	<input type="checkbox"/>

(\*) In ogni caso 1 per ogni sala travaglio-parto.

All'interno dello stesso presidio devono essere disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche. Anche attraverso la pronta disponibilità del personale addetto ma deve essere garantito un tempo massimo di risposta  $\leq 1$  ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione.

<b>B) AREA NEONATALE(punti in deroga &lt; 500 nati/anno) e U.O. NEONATOLOGIA/PEDIATRIA(&gt; 500 nati/anno)</b>
--

### Area neonatale

Al fine di aumentare, soprattutto dal punto di vista funzionale, i livelli di qualità, sicurezza e appropriatezza nel percorso nascita viene introdotto un nuovo modello organizzativo per l'assistenza neonatale nei punti nascita in deroga (< 500 nati/anno) che di seguito viene denominato area neonatale, finalizzato all'incremento delle skill e dell'esperienza tenendo conto che la casistica non è di ampiezza sufficiente.

L'area neonatale assiste i neonati sani (a basso rischio) e inoltre, nelle situazioni di emergenza, garantisce la rianimazione e la stabilizzazione dei neonati in attesa di trasferimento presso il livello assistenziale appropriato. In ogni punto nascita in deroga, pertanto, deve essere garantito un luogo fisico con le idonee attrezzature dove il personale competente con le appropriate procedure possa prontamente rianimare e stabilizzare un neonato. Costituiscono elementi imprescindibili per l'implementazione di questo modello:

- la rigorosa selezione della tipologia di gravidanza ammessa al travaglio e parto che deve prevedere un valido sistema di indicatori

- il collegamento effettivo, funzionale e organizzativo con una U.O. di neonatologia/TIN (formazione dell'equipe neonatale con particolare riferimento alla gestione delle emergenze, sviluppo e mantenimento delle competenze, eventuale rotazione personale)

La responsabilità organizzativa e gestionale dell'area neonatale deve essere affidata ad uno specialista in pediatria con adeguata e comprovata esperienza in campo di assistenza neonatale, soprattutto per la gestione delle emergenze neonatali.

### U.O. NEONATOLOGIA/PEDIATRIA (> 500 nati/anno)

Le U.O. di neonatologia assistono i neonati sani (a basso rischio) e con patologie che non richiedono ricovero in UTIN.

*Il numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello pediatrico/neonatologi collegati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di punto nascita di II livello e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.*

### Standard Operativi

Area neonatale (punti inderoga): < 500 nati/anno U.O. neonatologia/pediatria: 500 – 1000 nati/anno	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale) affidata al pediatra–neonatologo;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;	<input type="checkbox"/>
Area neonatale: 6 culle (fino a 500 nati/anno) destinate ai neonati sani; U.O. Neonatologia/Pediatria: 15 culle(500 - 1000 nati/anno) destinate ai neonati sani;	<input type="checkbox"/>
garantire la guardia attiva h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto con, nelle situazioni di emergenza, collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio ;	<input type="checkbox"/>
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.	<input type="checkbox"/>
garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel I° livello di ostetricia per le situazioni di emergenza;	<input type="checkbox"/>

### Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

garantire l'assistenza in sala parto, fin dalla nascita, con garanzia di rianimazione primaria neonatale h24 con eventuale collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio ove necessario;	<input type="checkbox"/>
garantire l'osservazione transizionale post-parto;	<input type="checkbox"/>
Nelle aree neonatali garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥34 settimane e prevedere connessione funzionale e organizzativa con U.O. di Neonatologia/TIN	<input type="checkbox"/>

Nelle U.O. di neonatologia/pediatria garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale $\geq 34$ settimane e ai neonati che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi.	<input type="checkbox"/>
garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento;	<input type="checkbox"/>
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento dello S.T.E.N., nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da quest'ultimo;	<input type="checkbox"/>
garantire accoglienza ai neonati trasferiti dalla T.I.N di II livello referente per l'area: solo per i punti nascita > 1000 parti/anno (favorire una rete che si occupa di livelli di assistenziali più bassi tramite il "Back Transport") come da protocolli condivisi con U.O. di II livello;	<input type="checkbox"/>
si raccomanda l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;	<input type="checkbox"/>
favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;	<input type="checkbox"/>
garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.);	<input type="checkbox"/>
concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;	<input type="checkbox"/>
favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.	<input type="checkbox"/>

## Standard di Sicurezza

Le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale devono essere funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio – parto sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale – nido rooming-in –area neonatale, preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

nell'area travaglio-parto deve essere possibile assistere contemporaneamente due neonati in area dedicata (isola neonatale) e ben identificata opportunamente attrezzata per la rianimazione neonatale e facilmente accessibile;	<input type="checkbox"/>
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	<input type="checkbox"/>
Le <b>aree neonatali e U.O. di neonatologia</b> devono prevedere: <ul style="list-style-type: none"> <li>– aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia che non richiede ricovero in UTIN, con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione;</li> <li>– area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici;</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc.</li> <li>- possibilità di accogliere i genitori senza limitazioni di orario</li> </ul>	
la distribuzione degli spazi di degenza puerperale deve tener conto delle esigenze minime strutturali che favoriscono la pratica del rooming-in e la promozione dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
nell'area di degenza, anche in regime di rooming-in integrale, dovranno essere predisposti spazi di degenza per neonati sani, per piccola patologia, per l'allattamento;	<input type="checkbox"/>
devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.	<input type="checkbox"/>
devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.	<input type="checkbox"/>

### Standard Tecnologici

Nelle tabella sottostanti sono elencati gli standard tecnologici. Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro deve essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Isola Neonatale	2 lettini per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante;	<input type="checkbox"/>
	3 se il numero dei parti >1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno –	<input type="checkbox"/>
	2 erogatori di O2, aria compressa e sistema di aspirazione	<input type="checkbox"/>
	2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali	<input type="checkbox"/>
	2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati	<input type="checkbox"/>
	3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24	<input type="checkbox"/>
	2 saturimetro percutaneo (disponibile)	<input type="checkbox"/>
	2 misuratore P.A. (disponibile)	<input type="checkbox"/>
	3 pompa a siringa (disponibile)	<input type="checkbox"/>
	1 incubatrice da trasporto con dotazioni come da indicazioni dello S.T.E.N. per trasporto intramoenia. Per eventuali trasporti d'emergenza indicati dal responsabile dello S.T.E.N., sarà lo stesso S.T.E.N. a mettere a disposizione culle da trasporto.	<input type="checkbox"/>

Area neonatale e Neonatologia/pediatria: U.O	2 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (fino a 500 nati/anno).	<input type="checkbox"/>
	4 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (500-1000 nati/anno)	<input type="checkbox"/>
	6 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (sopra i 1000 nati/ anno)	<input type="checkbox"/>
	2 pannelli radianti	<input type="checkbox"/>
	2 lampade per fototerapia	<input type="checkbox"/>
	3 aspiratori da rete centralizzata	<input type="checkbox"/>
	3 erogatori di O2 ed aria	<input type="checkbox"/>
	1 lettore di glucosemia	<input type="checkbox"/>
	1 bilirubinometro	<input type="checkbox"/>
	3 mastosuttori	<input type="checkbox"/>
4 saturimetri percutanei	<input type="checkbox"/>	
4 pompe per microinfusione (adatte ai volumi di infusione neonatale)	<input type="checkbox"/>	

Il presidio ospedaliero deve disporre h24 di:	ecografo con sonda adatta alla diagnostica neonatale	<input type="checkbox"/>
	apparecchio radiologico portatile	<input type="checkbox"/>
	apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi	<input type="checkbox"/>
	elettrocardiografo portatile	<input type="checkbox"/>
	laboratorio per ricerche ematochimiche, immunoematologiche e microbiologiche	<input type="checkbox"/>
	servizio immunotrasfusionale	<input type="checkbox"/>

## CHECKLIST PER LA VERIFICA DEGLI STANDARD PER LA RIORGANIZZAZIONE DEI PUNTI NASCITA DI II LIVELLO

### ***U.O. OSTETRICA DI II LIVELLO (parti/anno > 1000) (\*)***

**Unità che assistono gravidanza e parto indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto.**

(\*) I requisiti per il II livello sono legati oltre che al numero di parti anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata

### Standard Operativi:

bacino di utenza, comprensivo delle strutture di I livello afferenti, corrispondente ad almeno 5000 parti/anno tuttavia tale vincolo può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza attestandosi tendenzialmente fra i 3000 e 3500 parti anno (GURS)	<input type="checkbox"/>
parti/anno: > 1000;	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate, sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, tenendo anche conto del volume di attività ginecologica; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di reperibilità integrativa notturna e festiva ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1500 parti/anno devono essere garantite 3 ostetriche per turno; 4 fino a 2000 parti/anno e 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica ogni 750 parti in più. per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire l'identificazione di un responsabile dedicato all'area ostetrica per la continuità e la qualità assistenziale;	<input type="checkbox"/>
si raccomandano due unità mediche h24 al di sopra dei 1500 parti anno ;	<input type="checkbox"/>
garantire il funzionamento di un pronto soccorso ostetrico ginecologico h24; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire assistenza anestesiológica con guardia attiva h24	<input type="checkbox"/>
garantire guardia attiva, h24, con supporto di reperibilità integrativa da parte di neonatologi ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana;	<input type="checkbox"/>
si raccomandano come adeguati per l'assistenza/ degenza ostetrica 15/20 posti letto ogni 1000 parti/anno;	<input type="checkbox"/>
tre sale travaglio – parto. Le sale travaglio parto (riferimento LG ISPELS) devono essere 4 oltre i 2000 parti/anno, con possibilità di essere impiegate come sale operatorie per effettuazione di cesarei;	<input type="checkbox"/>
garantire area dedicata alla gestione del travaglio – parto fisiologico / naturale;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
garantire la possibilità di ecografia nell'area travaglio parto e nell'area di accettazione-emergenza;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia intensiva alla gravida ed alla puerpera;	<input type="checkbox"/>
garantire il coordinamento S.T.A.M. in accordo con la programmazione regionale integrandosi con il servizio urgenza / emergenza territoriale;	<input type="checkbox"/>

possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravida (psicologica, cardiologica, neurologica, nefrologica, ecc.);	<input type="checkbox"/>
garantire h24 ore l'utilizzo di diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza e emotrasfusioni;	<input type="checkbox"/>

### Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

garantire l'assistenza a qualsiasi gravidanza e parto, specialmente nelle condizioni di alto rischio perinatale;	<input type="checkbox"/>
garantire alla donna partoriente la riservatezza, la tranquillità, il riconoscimento della propria dignità, una adeguata informazione, il diritto di vivere il parto come evento naturale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta, anche attraverso la costituzione di percorsi dedicati alla gravidanza fisiologica	<input type="checkbox"/>
garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore non farmacologiche;	<input type="checkbox"/>
garantire rooming-in e alla promozione dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
garantire le competenze per l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia intensiva alla gravida ed alla puerpera;	<input type="checkbox"/>
garantire esami di laboratorio urgenti ed indagini di diagnostica per immagini urgenti;	<input type="checkbox"/>
essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di I livello secondo il modello hub e spoke;	<input type="checkbox"/>
coordinare la rete del trasporto d'emergenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale), per quanto attiene ai trasferimenti delle gravide a rischio dalle strutture di livello inferiore in accordo con la programmazione regionale.	<input type="checkbox"/>

### Standard di sicurezza

Si raccomanda che le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale siano funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio - parto - sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale - nido-rooming-in – degenza neonatale preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

Ogni sala travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, attrezzatura (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno tre parti in contemporanea (riferimento LG ISPESL) nonché consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	<input type="checkbox"/>
una sala operatoria sempre pronta e disponibile h 24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio parto (riferimento LG ISPESL) ;	<input type="checkbox"/>
per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita la possibilità di impiegare le sale parto come sale operatorie per effettuazione di cesarei nella struttura ospedaliera;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree dedicate al pronto soccorso ostetrico;	<input type="checkbox"/>
deve esserci disponibilità di aree utili alla gestione dell'assistenza al travaglio-parto fisiologico/naturale anche con l'ausilio di metodiche non farmacologiche per il controllo del	<input type="checkbox"/>

dolore;	
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche, aree dedicate a patologie materno-fetali, D.S.;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine, per le gravidanze a rischio; ambulatori di ecografia ostetrica e di diagnostica strumentale, in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
deve essere disponibile, nel presidio ospedaliero, un servizio di rianimazione e di terapia intensiva generale;	<input type="checkbox"/>
se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati;	<input type="checkbox"/>
si raccomanda ambulatorio anestesiologicalo ai fini della visita ed adeguata informazione alla paziente per partoanalgesia/TC programmato.	<input type="checkbox"/>

### Standard tecnologici

Ove non diversamente predisposto dalle Regioni gli standard tecnologici raccomandati sono elencati nella tabella a).

Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro deve essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Tab. a) Ogni 1000 parti/anno (tali indicazioni vanno adattate al volume delle prestazioni dei singoli punti nascita)

	Accettazione	Travaglio-parto	Degenza	ambulatorio
ecografi	1 <input type="checkbox"/>	disponibilità h 24 per le emergenze ostetriche <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Cardiotocografo (**)	2 <input type="checkbox"/>	2 (in ogni caso 1 per ogni sala parto)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Carrello emergenza	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Collegamenti fissi per aspirazione <input type="checkbox"/>				
n. 1 apparecchio vacuumextractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche <input type="checkbox"/>				
n. 1 forcipe <input type="checkbox"/>				
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto <input type="checkbox"/>				
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo <input type="checkbox"/>				
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore <input type="checkbox"/>				
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile <input type="checkbox"/>				
n. 1 orologio con contasecondi a muro <input type="checkbox"/>				
Possibilità di sterilizzazione all'interno del blocco travaglio parto <input type="checkbox"/>				

n. 2 elettrocardiografi <input type="checkbox"/>
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto. <input type="checkbox"/>
n. 4 pompe a siringa <input type="checkbox"/>
pompe infusione continua <input type="checkbox"/>
n. 2 saturimetri pulsati <input type="checkbox"/>
rilevatore Doppler portatile <input type="checkbox"/>
n. 1 emogasanalizzatore <input type="checkbox"/>

All'interno dello stesso presidio devono essere disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche.

#### D) UNITA' OPERATIVE NEONATOLOGICHE DI II LIVELLO - (Centri TIN) (\*)

bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno e almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500gr; > 1000 nati/anno nella struttura (Inborn);

**Unità che assistono neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva.**

(\*) I requisiti per il II livello sono legati oltre che dal numero di parti anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di punto nascita di II livello e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata

*Rappresentano eccezione U.O. neonatologiche di II livello, senza punto nascita nella stessa struttura, purché collocate in strutture super-specialistiche con la possibilità di erogare prestazioni particolarmente complesse. Il ricovero dei neonati in queste unità dovrebbe avvenire, di norma, solo se tali prestazioni si rendono necessarie.*

#### Standard Operativi

bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno tuttavia tale vincolo può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza attestandosi tendenzialmente fra 3000 e 3500 nati / anno;	<input type="checkbox"/>
1000 nati/anno nella struttura (Inborn); almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500gr	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale, U. T.I.N.), affidata al pediatra–neonatologo	<input type="checkbox"/>
garantire assistenza ai neonati fisiologici e patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva	<input type="checkbox"/>
garantire U.T.I.N. e terapia sub-intensiva con posti letto pari a: intensiva :1/750 nati/anno del bacino d'utenza sub-intensiva : 2 per ogni letto di intensiva letti di neonatologia/patologia neonatale rapportati al volume dell'attività (come nel I livello); eventuali letti supplementari per esigenze chirurgiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, ecc.) dotazione di incubatrici non inferiore a venti;	<input type="checkbox"/>
garantire guardia attiva, h24, con supporto di pronta reperibilità integrativa h24 da parte di neonatologi;	<input type="checkbox"/>

garantire possibilità di usufruire h24 di usufruire del servizio emotrasfusionale e del laboratorio con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici;	<input type="checkbox"/>
garantire integrazione nel sistema emergenza (STEN) ed eventuale coordinamento;	<input type="checkbox"/>
si raccomanda la possibilità di attivare, h24, in rapporto alle esigenze emergenti, ed in base alle convenzioni sottoscritte, consulenze ed interventi di cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, oculistica, valutazione emodinamica, broncoscopia, ecc.;	<input type="checkbox"/>
possibilità di effettuare h24 diagnostica per immagine e un laboratorio d'urgenza con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici con micrometodi;	<input type="checkbox"/>

### Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

– garantire l'assistenza in sala parto, fin dalla nascita, con garanzia di rianimazione primaria neonatale h24	<input type="checkbox"/>
– garantire l'osservazione transizionale post-parto;	<input type="checkbox"/>
– assistere i soggetti "inborn" ed "outborn" necessitanti di assistenza intensiva di qualsiasi peso o età gestazionale . <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In particolare deve accogliere: <ul style="list-style-type: none"> <li>– neonati in ventilazione assistita intubati o no;</li> <li>– neonati chirurgici in fase pre e post operatoria;</li> <li>– neonati con malformazioni complesse;</li> <li>– neonati con gravi compromissioni delle funzioni vitali e/o che abbisognino di procedure diagnostiche invasive oppure specialistiche;</li> <li>– neonati che devono terminare il percorso di accrescimento e sviluppo prima di essere dimessi, qualora non sia possibile un trasposto presso U.O. di I livello;</li> <li>– neonati che richiedono procedure diagnostiche invasive o trattamenti che necessitano di monitoraggi, ecc.;</li> <li>– neonati non dimissibili affetti da patologie croniche, né trasferibili in U.O. di I livello.</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>
– garantire il coordinamento con le strutture di I livello funzionalmente collegate	<input type="checkbox"/>
– garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<input type="checkbox"/>
– garantire il coordinamento dello S.T.E.N. (o integrarsi funzionalmente con lo S.T.E.N. dedicato se esistente) per l'area assegnata;	<input type="checkbox"/>
– si raccomanda l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;	<input type="checkbox"/>
– garantire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto	<input type="checkbox"/>
– garantire con lettera attestante di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio;	<input type="checkbox"/>
– garantire con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita e outcome neonatale;	<input type="checkbox"/>
– dovranno essere garantite elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit..	<input type="checkbox"/>
– collaborare con U.O.C. di neuropsichiatria infantile e di terapia riabilitativa, per usufruire delle relative competenze per il neonato sin dalle prime fasi della degenza.	<input type="checkbox"/>

## Standard di Sicurezza

Si raccomanda che le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale siano funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio – parto - sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale - nido-rooming-in – degenza neonatale preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

nell'area travaglio-parto deve essere possibile assistere contemporaneamente due neonati in area dedicata (isola neonatale) e ben identificata opportunamente attrezzata per la rianimazione neonatale e facilmente accessibile;	<input type="checkbox"/>
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	<input type="checkbox"/>
la distribuzione degli spazi di degenza puerperale deve tener conto delle esigenze minime strutturali che favoriscono la pratica del rooming-in e la promozione dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
nell'area di degenza, anche in regime di rooming-in integrale, dovranno essere predisposti spazi di degenza per neonati sani, per piccola patologia, per l'allattamento;	<input type="checkbox"/>
devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino. Se presente la banca del latte dovrà avere locali specificamente dedicati.	<input type="checkbox"/>
aree di degenza secondo standard specifici con possibilità di distinzioni di aree funzionali (terapia sub-Intensiva, ecc.);	<input type="checkbox"/>
ambulatori per follow-up e controlli specialistici post dimissione ed eventualmente D.H.;	<input type="checkbox"/>
aree per laboratori;	<input type="checkbox"/>
aree sufficienti per effettuare procedure specialistiche quali: diagnostica per immagini, chirurgica, oculistica, ecc.;	<input type="checkbox"/>
aree di servizio quali: spogliatoio e filtro, depositi vari, spazio destinato a genitori e parenti, zona di ristoro per il personale, lavaggio incubatrici;	<input type="checkbox"/>
area di coordinamento dello S.T.E.N.	<input type="checkbox"/>

## Standard Tecnologici

Ove non diversamente predisposto dalle Regioni gli standard tecnologici raccomandati sono elencati nella tabella c).

Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro dev'essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Isola neonatale: come I livello

Area degenza nido – rooming- in e patologia intermedia: come I livello

Tabella c) Area degenza terapia intensiva – subintensiva:

<b>ATTREZZATURE</b>	<b>TERAPIA INTENSIVA</b>		<b>TERAPIA SUBINTENSIVA</b>	
Incubatrici	P.L. + 50%	<input type="checkbox"/>	P.L. + 20%	<input type="checkbox"/>
Respiratori	P.L. + 2 riserva	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
O2 - CO2 transcutanea	P.L. + 2 riserva	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Saturimetri O2	P.L. + 2 riserva	<input type="checkbox"/>	50% P.L.	<input type="checkbox"/>
Pressione arteriosa non cruenta	P.L.	<input type="checkbox"/>	30% P.L.	<input type="checkbox"/>
Monitor cardiorespirografico	P.L. + 1 riserva	<input type="checkbox"/>	30% P.L.	<input type="checkbox"/>
Monitor FC + FR		<input type="checkbox"/>	P.L.	<input type="checkbox"/>
Pompa di infusione	2 x P.L. + 30% riserva	<input type="checkbox"/>	P.L.	<input type="checkbox"/>
Aspiratori	P.L. + 50%	<input type="checkbox"/>	50% P.L.	<input type="checkbox"/>
Ossimetri	P.L.	<input type="checkbox"/>	50% P.L.	<input type="checkbox"/>
Incubatrice da trasporto	2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Apparecchio Rx dedicato(portatile)	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ecografo (con ecodoppler)	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Apparecchiatura per terapia con Ossido Nitrico(prevedere centri di riferimento per bacino)	1(protocollo condiviso con un centro di riferimento regionale)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Apparecchiatura per trattamento ipotermico(prevedere centri di riferimento per bacino)	1(protocollo condiviso con centro di riferimento regionale)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Possibilità sterilizzazione incubatrici		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Possibilità effettuazione alimentazione enterale	SI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## OBIETTIVO 5: Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento

### **Referente obiettivo: DASOE -Servizio 8**

Con D.A. 1584/2018 sono state adottate le “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Sicilia” pubblicate sulla GURS n. 41 del 21/9/2018 con lo scopo di fornire alle aziende sanitarie le strategie per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei servizi di Pronto Soccorso (PS) e prevenire le sue conseguenze negative in termini di outcome e potenziali eventi avversi.

L'obiettivo principale delle linee di indirizzo è quello di contrastare il sovraffollamento attraverso il monitoraggio continuo, l'analisi delle criticità e l'attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (Non sovraffollamento, Sovraffollamento, Sovraffollamento severo) attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento.

Con Direttiva Assessoriale n. 9348/19 è stata richiamata l'attenzione delle Direzioni strategiche aziendali al problema del sovraffollamento dei PS e alla effettiva attuazione delle suddette linee di indirizzo, che rivestono carattere di assoluta priorità per il S.S.R., garantendo in modo sistematico le seguenti attività:

- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento;
- l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;
- l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento.

Per la valutazione del presente obiettivo saranno considerati l'indicatore di efficienza operativa (indicatore di outcome) e l'attuazione degli attività previste dal D.A. 1584/2018 per la gestione del sovraffollamento (indicatore di processo).

### **A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa– D.A. 1584/2018**

L'indicatore di efficienza operativa, approvato con D.A. 1584/2018, misura la capacità da parte del Pronto Soccorso di dimettere/ricoverare i pazienti entro le 24 ore, al di là del numero dei posti tecnici presidiati ovvero a prescindere dalla capacità di ricezione del PS. L'indicatore è costruito rapportando i pazienti "oltre le 24 h" sui pazienti "entro le 24 h".

Il valore ideale dell'indicatore è zero, in quanto non dovrebbe essere presente alcun paziente con una permanenza maggiore di 24h. Tuttavia, vista la frequenza dei pazienti con permanenze elevate nei nostri PSe considerata la necessità di dover includere anche la quota di pazienti che accedono all'OBI (dato non tracciabile dal flusso EMUR) appare opportuno fissare a un livello  $\leq 0,05$  il valore atteso di accettabilità (come comunicato con la direttiva assessoriale 9348/19).

Per quanto sopra ci si attende che le aziende sanitarie migliorino progressivamente il valore di tale indicatore nel triennio 2019 - 2021 con l'obiettivo finale di raggiungere un livello  $\leq 0,05$  al 31/12/2021. A seconda dei valori di partenza calcolati sul 2018, il miglioramento dell'indicatore sarà graduato in modo differenziato nel triennio. A tal fine saranno considerate le seguenti categorie

Categoria I: PS con un valore indicatore maggiore o uguale 0,40 nel 2018

Categoria II: PS con un valore indicatore compreso fra 0,09 e 0,40 nel 2018

Categoria III: PS con un valore indicatore inferiore a 0,09 nel 2018.

Nelle aziende sanitarie con più PS ci si attenderà che il suddetto miglioramento sia garantito nella totalità dei PS.

	<p><b>B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive</b></p> <p>Saranno altresì considerati come indicatori di processo gli adempimenti al D.A. 1584/2018, quali il</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento (Azione 1);</li> <li>- l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento (Azione 2);</li> <li>- l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento (Azione 3);</li> <li>- la relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori (Azione 4);</li> </ul>
<p><b>INDICATORI</b></p>	<p><b>Indicatore A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa(outcome)</b></p> $Efficienza operativa (t) = Eff(t) = \frac{n. pz con permanenze > 24 ore al PS al tempo t}{K1(t)} = \frac{K2(t)+K3(t)}{K1(t)}$ <p>[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19]</p> <p>L'indicatore sarà calcolato considerando le misurazioni di K1, K2 e K3 alle ore 6:00 di ogni giorno nel 2019 (dalla data di conferimento degli obiettivi), nel 2020 e nel 2021.</p> <p>Sulla base dei risultati del 2019 l'Assessorato si riserverà tramite apposita direttiva di apportare modificare sul calcolo dell'indicatore qualora dovessero emergere criticità.</p> <p><b>Indicatore B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)</b></p> <p>Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>

<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<p><b>Indicatore A</b> Fermo restando che al 31/12/2021 dovrà essere raggiunto il valore di accettabilità <math>\leq 0,05</math> (come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19 ) si riportano i valori attesi per categoria di PS. Nelle Aziende con più di un PS i valori obiettivi dell'indicatore di efficienza dovranno essere garantiti nella totalità dei PS.</p> <p><b>Categoria I: PS con un valore indicatore maggiore o uguale 0,40 nel 2018</b> 2019: miglioramento atteso del 70% rispetto al valore del 2018 (<b>SI/NO</b>); 2020: miglioramento atteso del [xx%]* rispetto al valore del 2019 (<b>SI/NO</b>); 2021: miglioramento atteso del [xx%]* rispetto al valore del 2020 (<b>SI/NO</b>); *I valori [xx%] saranno determinati dalle Direzioni Strategiche tenendo conto del miglioramento ottenuto nel corso del 2019 e saranno esplicitamente riportati nei PAGS 2020 e 2021, fermo restando l'obiettivo finale (al 31/12/2021) del raggiungimento dello standard <math>\leq 0,05</math>.</p> <p><b>Categoria II: PS con un valore indicatore compreso fra 0,09 e 0,40 nel 2018</b> 2019: miglioramento atteso del 50% rispetto al valore del 2018(<b>SI/NO</b>); 2020: miglioramento atteso del [xx%]* rispetto al valore del 2019(<b>SI/NO</b>); 2021: miglioramento atteso del [xx%]* rispetto al valore del 2020(<b>SI/NO</b>); *I valori [xx%] saranno determinati dalle Direzioni Strategiche tenendo conto del miglioramento ottenuto nel corso del 2019 e saranno esplicitamente riportati nei PAGS 2020 e 2021, fermo restando l'obiettivo finale (al 31/12/2021) del raggiungimento dello standard <math>\leq 0,05</math>.</p> <p><b>Categoria III: PS con un valore indicatore inferiore a 0,09 nel 2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fenomeno da tenere sotto controllo tramite il PAGS, ovvero non si dovrà registrare un peggioramento del valore (<b>SI/NO</b>)</li> <li>- Raggiungimento del valore indicatore <math>&lt; 0,05</math> al 31 dicembre del 2021(<b>SI/NO</b>).</li> </ul> <p><b>Indicatore B</b> Le evidenze documentali dovranno dimostrare l'adempimento delle azioni seguenti (<b>SI/NO</b>) per singolo PS: Azione 1: avvenuto monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento; Azione 2: attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: effettiva adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori.</p>
-------------------------	--

<p><b>SCALA</b></p>	<p><b>Indicatore A</b></p> <p>SI= raggiungimento al 100% dell'obiettivo NO= mancato raggiungimento</p> <p><b>Indicatore B</b></p> <p>SI = 100% (Azione 1+ Azione 2 + Azione 3+ Azione 4) NO = 0%</p>
<p><b>PUNTEGGIO</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>8</b> per l'Indicatore A</p> <p><b>2</b> per Indicatore B</p>

## OBIETTIVO 6: DONAZIONE ORGANI E TESSUTI

**Referente obiettivo: DASOE - Servizio 6**

Nell'anno 2018 la donazione d'organi e tessuti in Sicilia ha subito un notevole decremento rispetto ai traguardi raggiunti nell'anno 2017. Infatti, nel 2018 il numero di accertamenti di morte con metodo neurologico è stato di 27,8 pmp contro i 30,5 dell'anno 2017 e gli oltre 43 pmp della media nazionale. Inoltre, il numero di donatori procurati del 2018 è stato di 11,2 pmp contro 18,1 pmp del 2017 e gli oltre 27 della media nazionale. Infine, il tasso di opposizione registrato nel 2018 è stato pari al 47% contro il 37% del 2017 e circa il 28% della media nazionale.

Parimenti, per quanto concerne il procurement del tessuto corneale è stata registrata nell'anno 2018 una contrazione rispetto all'anno precedente attestandosi su 104 cornee prelevate contro 118 del 2017 in un contesto che prevede un fabbisogno regionale stimato di oltre 600 cornee/anno.

In relazione alla necessità di migliorare il procurement degli organi solidi e dei tessuti, si ravvisa l'esigenza di attribuire i seguenti obiettivi alle aziende sanitarie.

Gli indicatori e i valori target sono relativi all'anno 2019; per l'anno 2020 verranno definiti anche in base ai risultati conseguiti nell'anno precedente

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020) (PESO 10%)</li><li>2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2018. (PESO 30%)</li><li>3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)</li><li>4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)</li><li>5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)</li></ol>
<b>VALORI OBIETTIVO e SCALA</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. SI / NO</li><li>2. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se l'incremento del numero di accertamenti dell'anno 2019 sarà pari o superiore al 20% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di accertamenti 2019 sarà non inferiore al 15%. L'obiettivo sarà raggiunto all'50% se l'incremento del numeri di accertamenti 2019 sarà non inferiore al 10%. L'obiettivo sarà considerato non</li></ol>

	<p>raggiunto se l'incremento registrato nell'anno 2019 sarà inferiore al 10%.</p> <p>3. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se, nell'anno 2019, il tasso di opposizione sarà non superiore al 38%. L'obiettivo sarà raggiunto all' 80% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 41%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 45%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se il tasso di opposizione registrato nell'anno 2019 sarà superiore al 45%.</p> <p>4. L'obiettivo sarà considerato raggiunto al 100% se nell'anno 2019 l'incremento del numero di cornee procurate sarà maggiore o uguale al 30% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 25%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 20 %. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se l'incremento del numero delle cornee procurate nell'anno 2019 sarà inferiore al 20%.</p> <p>5. SI/NO</p>
<p><b>PUNTEGGIO</b></p>	<p><b>3</b> per ASP e <b>9</b> per AO</p>

## OBIETTIVO 7: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE

### Referente obiettivo: DPS – Area Interdipartimentale 4

I medici dipendenti pubblici (ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, etc), sono individuati dal DA 12/08/2010 (GURS 27/08/2010) come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche. Il DA 2234/2015 (disposizioni inerenti le prescrizioni medicinali) ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione di farmaci. Tuttavia molti medici non si sono ancora adeguati. Al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nei predetti decreti, volte a semplificare a favore degli utenti le procedure di prescrizione e ridurre la conflittualità con MMG e PLS, è necessario che:

- aumenti il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata
- aumenti in maniera significativa il numero delle prescrizioni dagli stessi effettuate

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità de materializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici</li><li>2. numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)</li></ol>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ASP: &gt;30% nel 2019 e &gt;35% nel 2020 AO: &gt;40% nel 2019 e &gt;45% nel 2020</li><li>2. &gt;100 nel 2019 e &gt;120 nel 2020</li></ol>
<b>SCALA</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. SI / NO</li><li>2. SI / NO</li></ol>
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>5</b> per ASP e AO

## **OBIETTIVO 8: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**

### **Referente obiettivo: DPS – Area Interdipartimentale 4**

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento digitale regionale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che potranno essere disponibili agli operatori sanitari, in caso di necessità, per finalità di cura

Per il buon esito del progetto FSE è necessario coinvolgere un numero significativo di cittadini ricorrendo a tutte le azioni possibili per acquisire il consenso informato per l'attivazione del FSE e per alimentarlo con i referti di laboratorio ed a seguire con altre tipologie di referto.

Nel corso del 2018 sono state emanate specifiche direttive, per l'acquisizione del consenso informato per l'attivazione del FSE per i pazienti ricoverati o in trattamento ambulatoriale e per la trasmissione dei referti di laboratorio. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato sul numero dei consensi acquisiti e dei referti di laboratorio trasmessi.

Per la trasmissione di altre tipologie di referto nel corso del 2019 saranno emanate specifiche direttive in coerenza con le disposizioni ministeriali

Gli indicatori e i valori target sono relativi all'anno 2019; per l'anno 2020 verranno definiti anche in base ai risultati conseguiti nell'anno precedente

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati</li><li>2. % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)</li></ol>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. &gt; 5% per il 2019</li><li>2. &gt;10% per il 2019</li></ol>
<b>SCALA</b>	SI / NO
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>5 per ASP; 7 per AO e AOU</b>

**OBIETTIVO 9: Sviluppo PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)****Referente obiettivo: DPS - Servizio 2**

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n. 2128/ 2013, n. 402/2015 e n. 1559/2016 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità, impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

L'implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità ha impegnato le Aziende Sanitarie negli anni 2016-2018, nel corso dei quali sono state effettuate anche le verifiche di audit volte ad accertare il reale stato di attuazione delle procedure aziendali.

All'esito delle predette verifiche, sono emerse criticità che hanno indotto l'Amministrazione regionale, sulla scorta delle conformi indicazioni ministeriali rese in merito, ad adottare il D.A. n. 10/2019, con il quale è stato differito al 31.12.2019 il termine entro il quale definire il percorso di consolidamento del PAC regionale.

L'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 31.12.2009 alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.

1.

<b>INDICATORE</b>	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<p><u>AL 31.12.2019</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.</li><li>• Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".</li></ul> <p><u>AL 31.12.2020</u></p> <p>Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento</p>

<b>SCALA</b>	SI / NO
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>5</b> per ASP e <b>10</b> AO

## **OBIETTIVO: Piani di efficientamento e riqualificazione (AO e AOU)**

### **Referente obiettivo:**

Secondo quanto previsto in materia di piani di efficientamento e riqualificazione, le Aziende Ospedaliere (AO) e le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) che non rientrano nei parametri previsti in termini di scostamento tra costi e ricavi, ovverosia in quelli relativi ai volumi, qualità e esiti delle cure, sono tenute a presentare un PIANO TRIENNALE di RIENTRO in conformità con le linee guida regionali

La verifica e il monitoraggio complessivo del piano dovrà avere una cadenza trimestrale

L'obiettivo è costituito dalla presentazione all'Assessorato, da parte delle Aziende che non rientrano nei parametri previsti, del "piano di efficientamento e riqualificazione", entro 90 giorni dalla data di adozione del provvedimento di individuazione da parte dell'Assessorato stesso.

Il piano dovrà contenere le azioni previste almeno in tre ambiti ritenuti prioritari:

- 1) "efficientamento blocchi operatori",
- 2) "appropriatezza nei consumi di farmaci ospedalieri",
- 3) "implementazione PDTA e relativo monitoraggio per le patologie con esiti critici"

Nel caso l'Azienda Ospedaliera non fosse compresa tra quelle tenute a presentare un Piano di efficientamento e riqualificazione, sarà comunque tenuta a presentare un piano di consolidamento delle performance negli ambiti indicati

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Implementazione e presentazione del Piano contenente le azioni previste negli ambiti indicati e approvazione dello stesso da parte dell'Assessorato (anno 2019)</li><li>2) Rispetto e completa realizzazione delle azioni previste a Piano, come da cronoprogramma (anno 2020)</li></ol>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Si / No</li><li>2) n° e % di sviluppo delle azioni previste a Piano rispetto al cronoprogramma</li></ol>
<b>PUNTEGGIO</b>	All'obiettivo viene conferito un PESO pari a 5 PUNTI

## **OBIETTIVO 11: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.)**

**Referente obiettivo: DPS - Area Interdipartimentale 2**

Il Piano Attuativo Aziendale si articola in tre Aree per le Aziende Sanitarie Provinciali e in due Aree per le Aziende Ospedaliere ed Universitarie, come di seguito.

### 1. AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

ASP – **Peso obiettivo 5**

- 1.1. Sanità veterinaria
- 1.2. Igiene degli alimenti
- 1.3. Vaccinazioni
- 1.4. Tutela ambientale
- 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro

### 2. AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

ASP/AO - **Peso obiettivo 9**

- 2.1. Sicurezza dei pazienti
- 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
- 2.3. PDTA
- 2.4. Appropriatelyzza
- 2.5. Outcome
- 2.6. Trasfusionale

### 3. AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

ASP – **Peso obiettivo 9**

AO – **Peso obiettivo 2**

- 3.1. Cronicità
- 3.2. Fragilità
- 3.3. Disabilità e non autosufficienza
- 3.4. Privacy

<b>INDICATORE</b>	Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal PAA per gli anni 2019 e 2020
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	100%
<b>SCALA</b>	% di sviluppo delle azioni previste a PAA e relativi pesi indicati nel documento di PAA
<b>PUNTEGGIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale: <b>peso 23 per ASP e 13 per AO</b></li> </ul>

Allegato: Schede delle Aree del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2019;

AREA DI INTERVENTO 1		SANITÀ PUBBLICA E PREVENZIONE punteggio 5 per ASP			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
<b>1.1</b> SANITÀ VETERINARIA	20%	1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	1.1.A - n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate/n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	1.1.A - 100%	
		1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	1.1.B – 21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	
		1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	1.1.C – 42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	
		1.1.D - Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	1.1.D- n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	1.1.D – 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine	
		1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	1.1.E- Percentuale di riduzione della prevalenza	1.1.E – 15%	

interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
<b>1.2</b> <b>SICUREZZA</b> <b>ALIMENTARE</b>	20%	<b>1.2.A</b> Garantire la disponibilità di <b>Laboratori</b> per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS);	<b>1.2.A</b> - Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici)	<b>1.2.A</b> – SI/NO	
		<b>1.2.B</b> Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché: - Piano Nazionale Residui - Piano monitoraggio Molluschi bivalvi (solo ME e SR)	<b>1.2.B</b> – Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12, rispettivamente, entro il 31 luglio ed il 31 gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata	<b>1.2.B</b> – SI/NO	
		<b>1.2.C</b> Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	<b>1.2.C</b> – Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare	<b>1.2.C</b> – SI/NO	

interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
<b>1.3</b> COPERTURAE VACCINALI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	20%	<b>1.3.A-</b> Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- )	<b>1.3.A</b> – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente	<b>1.3.A</b> 92 - 95% a 24 mesi , per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	
		<b>1.3.B</b> - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini)	<b>1.3.B</b> - Relazione sulle attività svolte	<b>1.3.B</b> - SI/NO	
		<b>1.3.C</b> - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	<b>1.3.C</b> - Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale	<b>1.3.C</b> – SI/NO	
		<b>1.3.D</b> –Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane ( DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018	<b>1.3.D</b> – Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	<b>1.3.D</b> –SI/NO	
		<b>1.3.E</b> - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	<b>1.3.E</b> - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	<b>1.3.E</b> -100%	
		<b>1.3.F</b> - Notifica delle malattie infettive	<b>1.3.F</b> - notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	<b>1.3.F</b> – 70%	

Interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
<b>1.4</b> <b>TUTELA</b> <b>AMBIENTALE</b>	20%	1.4.A–Sorveglianza malformazioni congenite	1.4.A–segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto al 2017	1.4.A – SI/NO	
		1.4.B -PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute	1.4.B – raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/19	1.4.B – SI/NO	
		1.4.C–Piano straordinario di interventi in aree a rischio ambientale (SARA ) (solo le ASP di Caltanissetta, Siracusa e Messina) e SIN Biancavilla (solo ASP Catania)	1.4.C – raggiungimento degli standard previsti dalle linee di indirizzo regionali al 31/12/19	1.4.C – SI/NO	
		1.4.D – Amianto	1.4.D – registro mesoteliomi Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019	1.4.D – > 80 % al 31.12.2019	
		1.4.E - Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)	1.4.E- Report: invio entro il 31/10/2019	1.4.E – SI/NO	

interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
<b>1.5</b> PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO	20%	1.5.A sorveglianza lavoratori ex esposti	1.5.A-invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	1.5.A – SI/NO	

AREA DI INTERVENTO 2		QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI punteggio:9 per ASP, 9 per AO/AOU			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
<b>2.1</b> SICUREZZA DEI PAZIENTI	<b>3 Punti</b>	<b>2.1.A</b> Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Sarà valutata: 1) la percentuale di completezza <sup>1</sup> della compilazione della scheda A e della scheda B <sup>2</sup> degli eventi sentinella, comprensive cioè di analisi dell'evento avverso, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES) 2) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	90%	<sup>1</sup> per completezza si intende l'aver compilato i campi relativi all'analisi dell'evento avverso, compreso quindi i fattori contribuenti e alle azioni di miglioramento individuate. <sup>2</sup> in casi estremamente selezionati, qualora non sia possibile evidenziare cause e fattori contribuenti, nella scheda B va riportato nel campo "Azioni per la riduzione del Rischio" la dicitura: "NON SONO STATE ACCERTATE LE CAUSE E I FATTORI CONTRIBUENTI A DETERMINARE L'EVENTO SENTINELLA". Solo tali casi, La Regione non terrà conto della scheda B. In assenza di tale dicitura il report confluirà tra gli eventi oggetto di valutazione.
		<b>2.1.B</b> Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	
		<b>2.1.C</b> Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	1) Report secondo schema disponibile sulla piattaformaQualitasicilia SSR 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	1) SI 2) 100%	
		<b>2.1.D</b> Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	SI	
		<b>2.1.E</b> Adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	SI	

interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
<b>2.2</b> PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI / PAZIENTI	1 punto	2.2.A Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita	SI	
		2.2.B La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	Attuazione delle direttive regionali	SI	
<b>2.3</b> PDTA	1 punto	Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) secondo direttive regionali.	Report sulla base degli indicatori di monitoraggio specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali	SI	
<b>2.4</b> APPROPRIATEZZA	1 punto	Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti	SI	
<b>2.5</b> OUTCOME	1 punto	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	

<p style="text-align: center;"><b>2.6</b></p> <p>CONSOLIDAMENTO DELLA RACCOLTA DELLE EMASIE CONCENTRATE E DEL PLASMA DA DESTINARE ALLA PRODUZIONE DI MEDICINALI PLASMADERIVATI.</p>	<p style="text-align: center;"><b>2 punti</b></p>	<p><b>2.6.A</b></p> <p>- Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17.01.2019) presso le aziende sanitarie (A.S.P. – A.O. – A.R.N.A.S. – A.O.U.) delle province di: Agrigento, Caltanissetta, Catania, Enna, Palermo, Ragusa, Siracusa, Trapani.</p> <p>- Incremento della previsione di raccolta 2019 delle EC pari a + 700 Unità presso ciascuna delle seguenti Aziende sanitarie della provincia di Messina: AOU G. Martino – A.O. Papardo – A.S.P. 5</p> <p><b>2.6.B</b></p> <p>Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018.</p>	<p>Il sub-obiettivo <b>2.6.A</b> sarà conseguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta 2019.</li> <li>○ La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore all'1% sarà valutato con 0,8 punti</li> <li>○ La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 2% sarà valutato 0,6 punti</li> <li>○ La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 3% sarà valutato 0,5 punti</li> <li>○ Per scostamenti &gt; del 3% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto</li> </ul> <p>Il sub-obiettivo <b>2.6.B</b> sarà conseguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della quantità di Plasma prevista per il sub obiettivo 2 pari a + 60 Kg di plasma rispetto all'anno 2018</li> <li>○ La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 60 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto</li> </ul> <p>Per scostamenti &gt; del 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.</p>	<p style="text-align: center;">SI</p>	
---	---	--	--	---------------------------------------	--

\* La valutazione delle Case di Cura Private sugli obiettivi del capitolo rientra nell'ambito di competenza delle ASP.

AREA DI INTERVENTO 3		ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA e PRIVACY Punteggio: 9 per ASP ;2per AO/AOU				
interventi previsti	Peso intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi			NOTE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	Valore obiettivo al 31.12.2020	
3.1 CRONICITA'	1 (ASP)	3.1A Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente ( <i>Diabetici</i> a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; <i>Scompensati Cardiaci</i> a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	3.1A N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100	3.1A >= 90%	3.1A >= 90%	
3.2 FRAGILITÀ	1 (ASP)	3.2Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	3.2.Acompletamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi 3.2.B implementazioneRETE Centri diurni e Centri residenziali	3.2.Asi /no	3.2.B attivazione almeno un Centro pubblicoeavvio procedura aperta di selezione	
3.3 DISABILITA' eNON AUTOSUFFICIENTI	6 (ASP)	2	3.2A Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità	3.2A Formalizzazione della procedura	3.2A SI	3.2A Attuazione della medesima
		2	3.2B Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali	3.2B Tempestivo pagamento del 100%	3.2B SI	3.2B SI
		2	3.2CAttuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	3.2C N. valutazioni multidimensionali domiciliari ----- x100 N. valutazioni multidimensionali totali	3.2C>=80%	3.2C>=80%

<b>3.4</b> <b>PRIVACY</b>	<b>1</b> <b>(ASP)</b> <b>2</b> <b>(AO)</b>		Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati	Costituzione ufficio per la protezione dei dati Costituzione gruppo di lavoro	Si / NO		
------------------------------	---	--	--	--	---------	--	--



## Piano della Performance 2021-2023

**ALLEGATO 6**

***Obiettivi strategici,  
operativi ed azioni  
previsti nel 2021***

---



### Miglioramento delle performance aziendali

#### SF.01 Obiettivi di Salute e Funzionamento

##### SF.01.01 Screening Oncologici

SF.01.01.01

Obiettivi processo: a) Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP.

SF.01.01.02

Obiettivi processo: b.1) Coinvolgimento e collaborazione MMG.

SF.01.01.03

Obiettivi processo: b.2) Coinvolgimento e collaborazione MMG.

SF.01.01.04

Obiettivi processo: c) Aggiornamento banca dati anagrafica.

SF.01.01.05

Obiettivi processo: d) Presenza PDTA per ogni screening.

SF.01.01.06

Obiettivi processo: e) Utilizzo HPV-DNA come test primario.

SF.01.01.09

N. test eseguiti per tumore cervice uterina /popolazione target.

SF.01.01.10

N. test eseguiti per tumore colon retto / popolazione target.

SF.01.01.11

N. test eseguiti per tumore mammella / popolazione target.

##### SF.01.02 Obiettivo Esiti. Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

SF.01.02.05

N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.

##### SF.01.02 Obiettivo Esiti. Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI

SF.01.02.04

P.T.C.A. effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI /numero totali di I.M.A. STEMI diagnosticati.

##### SF.01.02-Obiettivo Esiti. Riduzione incidenza parti cesarei primari, in donne senza nessun pregresso cesareo

SF.01.02.03

Parti cesarei di donne non precesarizzate, cesarei primari / parti di donne con nessun pregresso cesareo.

##### SF.01.02-Obiettivo Esiti. Riduzione incidenza parti cesarei primari, in donne senza nessun pregresso cesareo.

SF.01.02.02

Parti cesarei di donne non precesarizzate, cesarei primari / parti di donne con nessun pregresso cesareo.

##### SF.01.02-Obiettivo Esiti. Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

SF.01.02.01

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.

##### SF.01.03 Obiettivo Liste Attesa. Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA

SF.01.03.01

Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali.

SF.01.03.02

Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali.

SF.01.03.03

Monitoraggio ex post delle attività di ricovero.

SF.01.03.04

Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione.

SF.01.03.05

Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa.

SF.01.03.06

Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende, attività pubblica, privata e libera professione, nel sistema CUP.

SF.01.03.07

Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei -RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda.

SF.01.03.08

Monitoraggio ex-ante, Num. prestazioni garantite (B+D) / totale prestazioni da garantire (B+D)

SF.01.03.09

Monitoraggio ex-post, Tasso adesioni alle disposizioni aziendali per garantire la soglia del 50% delle prestazioni ambulatoriali critiche in classe B e D

SF.01.03.10

Intervento per il governo della domanda. Num. Interventi realizzati IGD / num.interventi da realizzare IGD

SF.01.03.11

## Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2021

Intervento per il governo dell'offerta. Num. Interventi realizzati IGO / num.interventi da realizzare IGO

### SF.01.04 Obiettivo Punti nascita. Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR

SF.01.04.01

Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist.

SF.01.04.02

PN senza UTIN: Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore.

SF.01.04.03

PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita:

Num.neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita / Totale neonati ricoverati.

SF.01.04.04

PN con TIN: Elaborazione report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio.

SF.01.04.05

PN con UTIN: Percentuale neonati dimessi direttamente da TIN:

Num.neonati dimessi direttamente da TIN / Totale pazienti ricoverati nella TIN, al netto dei deceduti

### SF.01.05-Obiettivo Pronto soccorso. Gestione sovraccollamento

SF.01.05.01

Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa, D.A.1584/2018.

SF.01.05.02

Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa, D.A.1584/2018.

SF.01.05.03

Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa, D.A.1584/2018.

SF.01.05.05

Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive:

SF.01.05.06

Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive:

Indicatori di processo: Az.1) Monitoraggio continuo sovraccollamento;

SF.01.05.07

Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive:

Indicatori di processo: Az.2) Prevenzione e contrasto al sovraccollamento;

SF.01.05.08

Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive:

Indicatori di processo: Az.3) Adozione del Piano Aziendale;

SF.01.05.09

Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive:

Indicatori di processo: Az.4) Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti.

### SF.01.06-Obiettivo Donazione organi e tessuti

SF.01.06.01

Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti, ASR Programma nazionale donazioni 2018-2020.

SF.01.06.02

Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2020 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2019.

SF.01.06.03

Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%.

SF.01.06.04

Incremento del procurement di cornee in toto, da cadavere a cuore fermo e a cuore battente, non inferiore al 30%.

SF.01.06.05

Obiettivo Donazione organi e tessuti. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.

### SF.01.07-Obiettivo Prescrizione dematerializzata

SF.01.07.01

% di Medici Dipendenti, ospedalieri e territoriali, + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici.

SF.01.07.02

Num. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS. Totale ricette DEM prescritte / medici abilitati.

SF.01.07.03

Prescrizione dematerializzata. Attività di coordinamento raccolta e invio dati alla direzione per consentire il calcolo degli indicatori.

### SF.01.08- Obiettivo Fascicolo Sanitario Elettronico

SF.01.08.01

## Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2021

% dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati.

### **SF.01.08-Obiettivo Fascicolo Sanitario Elettronico**

SF.01.08.02

% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C, branca 11.

### **SF.01.09-Obiettivo Sviluppo P.A.C.-Percorso attuativo di certificabilità**

SF.01.09.01

Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.

SF.01.09.02

Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale "Amministrazione Trasparente".

SF.01.09.03

Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento.

### **SF.01.22-Miglioramento della qualità dei servizi**

SF.01.22.01

Pubblicazione dei dati di competenza del settore nel sito "Amministrazione trasparente" nel rispetto di quanto previsto nel piano trasparenza 2017-19.

SF.01.22.03

Valutazione da parte del CAVS dei sinistri. N. sinistri valutati entro 30 gg/n. sinistri presi in carico

SF.01.22.04

Tempestività nella stipula di contratti per la fornitura di beni e servizi.

SF.01.22.05

Mantenere standard cause con esito favorevole. N. cause con esito favorevole/n. cause.

SF.01.22.06

Mappatura del contenzioso per tipologia di causa con azioni di miglioramento per la riduzione dei contenziosi.

SF.01.22.07

Sovrintendere alla corretta tenuta del libro inventario, attraverso puntuale comunicazione sulla gestione dei beni in dotazione degli ospedali.

SF.01.22.08

Riduzione tempi d'attesa delle commissioni invalidi civili

SF.01.22.09

Attivazione a regime del software di medicina legale, report di monitoraggio trimestrale

SF.01.22.10

informativa ai sensi D.lgs 81/08 ai neoassunti sull'organizzazione sicurezza e rischi presenti in azienda. N. neoassunti informati/n. neoassunti da informare.

SF.01.22.11

Cordinamento monitoraggio attuazione, secondo il piano emergenza, delle prove delle attività di evacuazione effettuate sui presidi Aziendali.

N. presidi con prove effettuate/N. prove da effettuare

SF.01.22.12

Attività svolta nell'ambito del funzionamento del sistema di gestione per la sicurezza sul lavoro SGSL. Effettuazione di almeno 20 audit presso le UO aziendali.

SF.01.22.20

Definizione del piano dei fabbisogni di innovazione digitale.

SF.01.22.21

Ridefinizione e riprogettazione del sistema di valutazione aziendale.

SF.01.22.25

Riduzione dei tempi procedurali della Commissione provinciale Ciechi e Sordi. Numero procedimenti amministrativi con ritardo / totale procedimenti

SF.01.22.26

Riduzione dei tempi procedurali della Commissione invalidi civili di Ragusa, Modica e Vittoria. Numero procedimenti amministrativi con ritardo / totale procedimenti

SF.01.22.27

Report riepilogativo delle attività svolte dalla S.C. Medicina Legale, Commissioni Invalidi civili e Commissioni ciechi e sordi

### **SF.01.23-Contenimento della spesa-Osservanza politiche di contenimento della Spesa**

SF.01.23.01

Rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda, comma 584 art.1 legge 23/12/2014 n.190.

SF.01.23.02

Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato.

SF.01.23.03

Acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti.

SF.01.23.04

Per area Pronto Soccorso, attivazione procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella G.S.A. tempistica: 31/12/2020 Avvio Lavori.

SF.01.23.10

Acquisto di beni e servizi, nel rispetto della normativa vigente. 1) Ricorso esclusivo alle procedure CONSIP e Me.Pa, ai sensi art.15, comma 13, lett d) della Legge 7 agosto 2012, n.135 di conversione con modificazioni del DL 6 Luglio 2012, n.95

SF.01.23.11

Acquisto di beni e servizi, nel rispetto della normativa vigente: 2) ricorso non giustificato a procedure negoziate e di urgenza, con esclusione dei casi di privativa industriale.

SF.01.23.12

Acquisto di beni e servizi: 3) Rinnovo contratti in difetto di programmazione.

SF.01.23.15

Tempistica liquidazione fatture. Tempo medio di pagamento

SF.01.23.16

Tempistica pagamento fatture. Tempo medio di pagamento

SF.01.23.18

Rispetto tempistica pagamento fatture. Pagamenti effettuati nell'anno 2019 a valere di fatture con data emissione 2019

SF.01.23.20

Assistenza farmaceutica, rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione.

SF.01.23.21

Assistenza farmaceutica, rispetto delle soglie prescrittive. Art.2.1) Individuazione di specifici obiettivi per i singoli medici prescrittori e di sistemi da attivare in caso di superamento dei parametri di riferimento.

SF.01.23.22

Assistenza farmaceutica, rispetto delle soglie prescrittive. Art.2.2) trasmissione specifica relazione contenente le risultanze dei lavori prodotti di cui al punto Art.2.1).

SF.01.23.23

Assistenza farmaceutica, rispetto delle soglie prescrittive. Art.2.3) rafforzare il controllo delle prescrizioni secondo le indicazioni riportate nelle schede tecniche ed eventuali limitazioni previste dalle note AIFA e provvedimenti nazionali e regionali.

SF.01.23.24

Assistenza farmaceutica, rispetto delle soglie prescrittive. Art.2.4) verifiche mensili del rispetto dei parametri.

SF.01.23.25

Assistenza farmaceutica, rispetto delle soglie prescrittive. Art.2.5) invio report mensile ad ogni medico prescrittore riportante le % di scostamento dei consumi generati dalle proprie prescrizioni ed attivazioni dei sistemi previsti in caso di sfioramento

### **SF.01.25-Miglioramento accessibilità ai servizi amministrativi-Migliorare la trasparenza e il livello di regolamentazione dei processi**

SF.01.25.01

Flussi informativi, rispetto dei tempi di trasmissione e qualità del dato.

SF.01.25.02

Rispetto obblighi in materia di prevenzione della corruzione relativo ai rischi corruttivi in sanità e degli obblighi di trasparenza D.L.14 marzo 2013 n.33 e D.L. 25 maggio 2016 n.97, con riferimento ai dati di bilancio sulle spese e costi del personale.

SF.01.25.03

Requisiti contenuti nella manifestazione di interesse relativa al rispetto degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione relativo ai rischi corruttivi in sanità e degli obblighi di trasparenza D.L.14 marzo 2013 n.33 e D.L. 25 maggio 2016 n.97.

SF.01.25.05

Libera professione intramuraria, osservanza delle disposizioni impartite art.1 comma 7 legge 03 agosto 2007 n.120

SF.01.25.06

Aggiornamento Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)

SF.01.25.07

Pubblicazione dati/report sul sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" secondo quanto previsto dall'all.1 Del.n.1310/16 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diff.informazioni"

SF.01.25.10

Flussi informativi, rispetto dei tempi di trasmissione e qualità del dato.

### **SF.01.50-Area Intervento 1 - Sanità pubblica e prevenzione - Sanità Veterinaria**

SF.01.50.01

P.A.A. 1.1.A Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile, allevamenti e capi.

Num. Aziende bovine e ovicaprine controllate/n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili.

SF.01.50.02

## Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2021

P.A.A. 1.1.B Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovicaprina.  
Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi.

SF.01.50.03

P.A.A. 1.1.C Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina.  
Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi.

SF.01.50.04

P.A.A. 1.1.D Controllo anagrafico delle aziende bovine e ovi-caprine sulla base di criteri riportati dai Regolamenti, Ce n. 1082/2003 e n. 1505/2006. N. Aziende controllate anagraficamente /N. Aziende controllabili.

SF.01.50.05

P.A.A. 1.1.E Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015. Percentuale di riduzione della prevalenza.

### SF.01.52-Area Intervento 1 - Sanità pubblica e prevenzione - Sicurezza alimentare

SF.01.52.06

P.A.A. 1.2.A Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale su alimenti e acque destinate al consumo umano.

SF.01.52.07

P.A.A. 1.2.B Attuazione Piano di Controllo Ufficiale Alimenti e Piano Nazionale Residui. Rendicontazione dell'attività svolta secondo i modelli predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata.

SF.01.52.08

P.A.A. 1.2.C Garantire la piena funzionalità del sistema informativo regionale DEMETRA. Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare.

### SF.01.53-Area Intervento 1-Sanità pubblica e prevenzione- Copertura Vaccinale e Sorveglianza Mal.Inf.

SF.01.53.09

P.A.A. 1.3.A Implementazione della copertura vaccinale, PNPV 2017-2019 e O.A.N. 1965/2017. N. soggetti vaccinati/popolazione target residente.

SF.01.53.10

P.A.A. 1.3.B Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole, PNPV 2017-2019 e D.A. N.1965/2017. Relazione sulle attività svolte.

SF.01.53.11

P.A.A. 1.3.C Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale.

SF.01.53.12

P.A.A. 1.3.D Relazione sulle modalità di offerta vaccini in conformità del calendario vaccinale regionale, a soggetti extracomunitari momentaneamente residenti con relativa rendicontazione.

SF.01.53.13

P.A.A. 1.3.E Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio.

SF.01.53.14

P.A.A. 1.3.F Notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO: Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive.

### SF.01.54-Area Intervento 1 - Sanità pubblica e prevenzione - Tutela ambientale

SF.01.54.15

P.A.A. 1.4.A Sorveglianza malformazioni congenite, segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto al 2017.

SF.01.54.16

P.A.A. 1.4.B PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute, raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/2019

SF.01.54.18

P.A.A. 1.4.D Amianto, registro mesoteliomi, esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2020.

SF.01.54.19

P.A.A. 1.4.E Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV, Direttiva 32187 08/04/2016, Report: invio entro il 31/10/2020.

SF.01.54.25

P.A.A. 1.5.A Sorveglianza lavoratori ex esposti. Invio report trimestrale, aumento 10% inviti e adesioni e implementazione base arruolabili.

### SF.01.62-Sicurezza dei Pazienti

SF.01.62.01

P.A.A. 2.1.A1 Monitoraggio eventi, % di completezza compilazione scheda A e B2 degli eventi sentinella, comprensive di analisi dell'evento avverso, individuazione dei fattori e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES).

SF.01.62.02

P.A.A. 2.1.A2 Monitoraggio eventi, monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive, report su piattaforma Qualità Sicilia SSR

SF.01.62.03

## Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2021

P.A.A. 2.1.B Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella. Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas.

SF.01.62.04

P.A.A. 2.1.C.1 Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali. Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualita Sicilia SSR.

SF.01.62.05

P.A.A. 2.1.C.2 Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali. Svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria.

SF.01.62.06

P.A.A. 2.1.D Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza PNCAR 2017-2020", ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018.

SF.01.62.07

P.A.A. 2.1.E Adempimenti Legge 24/2017, aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali.

### **SF.01.63-Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti**

SF.01.63.01

P.A.A. 2.2.A Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale. Attuazione delle direttive regionali.

SF.01.63.02

P.A.A. 2.2.B Valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza metodologia Agenas.

### **SF.01.64-PDTA**

SF.01.64.01

P.A.A. 2.3 Implementazione delle Linee guida cliniche/preventive anche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) secondo direttive regionali.

SF.01.64.02

P.A.A. 2.3

Report sulla base degli indicatori di monitoraggio specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali.

### **SF.01.65-Appropriatezza**

SF.01.65.01

P.A.A. 2.4 Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici PACA. Riduzione delle criticità rilevate dal sistema PACA

### **SF.01.66-Outcome**

SF.01.66.01

P.A.A. 2.5 Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE.

Report secondo modalità indicate dalla Regione.

### **SF.01.67-Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati**

SF.01.67.01

P.A.A. 2.6.A Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17.01.2019).

SF.01.67.02

P.A.A. 2.6.B Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione, Cat. A e B, presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018.

### **SF.01.71-Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria e privacy**

SF.01.71.01

P.A.A. 3.1.A Incremento pazienti affetti da Diabete e Scopenso Cardiaco. N. Diabetici e Scopenso cardiaci arruolati attivamente/N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x100.

### **SF.01.72-Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria e privacy - fragilità**

SF.01.72.01

[2019] P.A.A. 3.2.A Attuazione di quanto previsto dal piano regionale unitario per l'autismo. Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi.

SF.01.72.02

P.A.A. 3.2.B Attuazione di quanto previsto dal piano regionale unitario per l'autismo. Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali

### **SF.01.73-Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria e privacy - disabilità e non autosufficienza**

SF.01.73.01

P.A.A. 3.3.A Implementazione dei PUA. Realizzazione procedura accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per portatori di disabilità.

Piena realizzazione delle linee guida assessoriali compresa la realizzazione della procedura per disabilità.

SF.01.73.02

P.A.A. 3.3.B Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalle Direttive Assessoriali. Tempestivo pagamento del 100%

SF.01.73.03

## Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2021

P.A.A. 3.3.C. Attuazione delle valutazioni multidimensionali U.V.M., effettuate presso il domicilio dell'utenza. N. valutazioni multidimensionali domiciliari/N. valutazioni multidimensionali totali x100.

### SF.01.74-Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria e privacy

SF.01.74.01

P.A.A. 3.4 Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati. Costituzione ufficio per la protezione dei dati, costituzione gruppo di lavoro

### Miglioramento delle performance aziendali

#### MI.01 Miglioramento della performance

##### MI.01.01-Progettazione. Redigere apposito progetto per il miglioramento della performance della UO

MI.01.01.01

a. Redazione progetto

MI.01.01.02

b. Tempo di redazione - rispetto della scadenza

MI.01.01.03

c. Qualità progetto: c.1 Coinvolgimento del personale

MI.01.01.04

c. Qualità Progetto: c.2 Indicatori misurabili

MI.01.01.05

c. Qualità Progetto: c.3 Scalabilità dei risultati

MI.01.01.06

c. Qualità Progetto: c.4 Scalabilità delle risorse

##### MI.01.02-Esecuzione progetto

MI.01.02.01

Esecuzione progetto - portare a compimento le fasi del progetto secondo cronoprogramma

### Miglioramento della qualità percepita dagli utenti

#### CS.01 Customer Satisfaction

##### CS.01.01-Costruzione Questionario. Redigere apposito questionario per la misurazione della qualità percepita dagli utenti della propria struttura

CS.01.01.01

a. Redazione progetto

CS.01.01.02

b. Tempo di redazione - rispetto della scadenza

##### CS.01.02-Progettazione. Redigere progetto di miglioramento/consolidamento della qualità percepita dagli utenti della propria struttura

CS.01.02.01

a. Redazione progetto

CS.01.02.02

b. Tempo di redazione. Rispetto della scadenza

CS.01.02.03

c. Qualità progetto: c.1 Coinvolgimento del personale

CS.01.02.04

c. Qualità Progetto: c.2 Indicatori misurabili

CS.01.02.05

c. Qualità Progetto: c.3 Scalabilità dei risultati

CS.01.02.06

c. Qualità Progetto: c.4 Scalabilità delle risorse

##### CS.01.03-Esecuzione progetto. Portare a compimento le fasi in cui si articola il progetto secondo il cronoprogramma.

CS.01.03.01

Esecuzione progetto - portare a compimento le fasi del progetto secondo cronoprogramma

