



Piano della Performance 2022-2024

ALLEGATO 1

***Obiettivi strategici,
operativi ed azioni
previsti nel 2022***

Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2022

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. da IGD1 a IGD4. Num. Interventi realizzati IGD / num.interventi da realizzare IGD

SF.01.03.11 - Intervento per il governo dell'offerta. da IGO1 a IGO21. 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 - Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei PN. 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

Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2022

SF.01.05-Obiettivo Pronto soccorso. Gestione sovraffollamento

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 sovraffollamento;

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 sovraffollamento;

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 2021 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2020.

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, in prosecuzione di quelli già fatti.

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 - % dei consensi alla consultazione trasmessi da operatori dell'azienda al sistema FSE-INI. Num.consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI / Num. Pazienti ricoverati nel 2020.

SF.01.08.02 - % dei consensi alla consultazione trasmessi da operatori dell'azienda al sistema FSE-INI. Num.consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI / Num. Pazienti ricoverati nel 2020.

SF.01.08.03 - % strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in CDA-HL7. Numero strutture invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 / Num.strutture eroganti prestazioni di lab.analisi

SF.01.08.04 - % strutture di Pronto Soccorso dove è possibile consultare in modo celere il FSE del paziente e il PPS. Strutture di PS attivate per la consultazione del PPS nel FSE / num. complessivo strutture PS

SF.01.08.05 - Avvio del conferimento al FSE-INI di verbali di Pronto Soccorso, lettere di dimissione ospedaliera e referti di specialistica, anche in formato pdf.

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.01.20-Predisposizione piano formativo

SF.01.20.48 - Redazione convenzione per l'attività di formazione ed affiancamento ASP SR/RG

SF.01.20.49 - Effettuazione riunione di coordinamento per la definizione dell'attività di cui alla convenzione

SF.01.20.51 - Redazione progetto condiviso con SIA ASP SR dell'attività di tirocinio e da svolgere

SF.01.20.52 - Concreto avvio dell'attività nei termini di tre mesi dalla stipula della convenzione, inerente la formazione e l'attività di verifica in campo tramite l'ausilio dei tutor assegnati per area di competenza

SF.01.20.53 - Attività formativa con la frequentazione di almeno un corso annuo inerente le materie di competenza del servizio

Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2022

SF.01.22-Miglioramento della qualità dei servizi

- 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 attività certificativa medico legale distretto di Ragusa.
Numero procedimenti amministrativi con ritardo / totale procedimenti
- SF.01.22.26 - Riduzione dei tempi procedurali attività certificativa medico legale distretto di 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.01.22.30 - Analisi preliminare del Risk-Assestment Aziendale
- SF.01.22.31 - Redazione del piano degli interventi per l'anno in corso.
- SF.01.22.32 - Esecuzione piano degli interventi 2021. (Num.interventi realizzati / Num.interventi da realizzare)
- SF.01.22.34 - Realizzazione lavori scientifici di tipo oncologico con impact factor ≥ 1 .
Definire il piano di pubblicazione
- SF.01.22.35 - Pubblicazioni divulgative. Pubblicazioni su riviste senza impact factor, edizioni, seminari finalizzati (sharing). Definire il piano di pubblicazione
- SF.01.22.36 - Aggiornamento dati epidemiologici per l'anno in corso
- SF.01.22.37 - Pubblicazione reportistica sul sito web aziendale
- SF.01.22.40 - Prevenire e controllare il fenomeno del randagismo. Numero medio di giorni intercorsi tra segnalazione ed esecuzione della sterilizzazione
- SF.01.22.41 - Effettuazione attività ispettiva presso le strutture di ricovero per cani autorizzate. Num. controlli eseguiti per ogni struttura nell'anno in corso
- SF.01.22.43 - Procedura operativa per inserimento cane identificato in anagrafe canina. Num cani inseriti nel sistema informatico / Num.cani identificati con trasponder presso il proprio distretto)
- SF.01.22.45 - Prevenzione e controllo della legionellosi. Programmazione dei campionamenti
- SF.01.22.46 - Campionamento e controllo acque destinate al consumo umano. (Num. Campioni prelevati / Num.campioni programmati)
- SF.01.22.47 - Controllo acque di balneazione. Vigilanza sulle emissioni delle ordinanze sindacali
- SF.01.22.50 - Attività formativa, di verifica ed ispezioni per un n. complessivo non inferiore a 30 per l'anno in corso
- SF.01.22.58 - Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine , impianti.
- SF.01.22.60 - Eritroexchange. Numero trattamenti effettuati nel 2021
- SF.01.22.61 - Monitoraggio delle reazioni trasfusionali. Relazione Annuale

Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2022

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.

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

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.01.25.06 - Anticorruzione. Aggiornamento Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)

SF.01.25.11 - Flussi informativi, rispetto dei tempi di trasmissione e qualità del dato.

SF.01.25.15 - Libera professione intramuraria, osservanza delle disposizioni impartire art.1 comma 7 legge 03 agosto 2007 n.120

SF.01.25.20 - Flussi informativi, rispetto dei tempi di trasmissione e qualità del dato.

SF.01.26-Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria

SF.01.26.01 - Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria. Analisi preliminare dei fabbisogni aziendali

SF.01.26.02 - Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria. Redazione del piano degli interventi per l'anno in corso.

SF.01.26.03 - Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria. Esecuzione piano degli interventi 2021. (Num.interventi realizzati / Num.interventi da realizzare)

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 oviceprine controllate/n. Aziende bovine e oviceprine controllabili.

SF.01.50.02 - P.A.A. 1.1.B Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e oviceprina.

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.

Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2022

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 evidence 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 2021.

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 31/10/2021.

SF.01.54.25 - P.A.A. 1.5.A Sorveglianza lavoratori ex esposti. Invio report trimestrale, follow-up 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 - 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 Qualità 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.01.63.20 - Piano di comunicazione aziendale. Redazione PdC 2021 secondo le linee guida regionali. Predisposizione e adozione piano 2021.

(Azioni realizzate/ Azioni previste)

SF.01.63.22 - Piano di comunicazione aziendale. Applicazione del piano di verifica del rispetto del regolamento aziendale di gestione dei reclami. Monitoraggio del rispetto del regolamento.

SF.01.63.23 - Piano di comunicazione aziendale. Aggiornamento on-line della carta dei servizi entro il 31/12/2021

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 e/o aziendali.

SF.01.64.02 - P.A.A. 2.3

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

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.

Obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2022

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 Scompenso Cardiaco. N. Diabetici e Scompensati 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 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 - 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

SF.01.80-Miglioramento degli Outcome

SF.01.80.01 - Miglioramento del peso medio dei DRG per i ricoveri ordinari

SF.01.80.02 - Incremento % dei casi chirurgici

SF.01.80.03 - Riduzione % dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza

SF.01.80.04 - Migliore utilizzo delle giornate di degenza

Obiettivi di miglioramento della performance aziendale

MI.01.02-Valutazione progetto

MI.01.02.01 - Grado di raggiungimento dei risultati del progetto secondo quanto indicato nel format "miglioramento delle performance aziendali - relazione"

Obiettivo di miglioramento della qualità percepita

CS.01.01-Identificare utenti interni e/o esterni target

CS.01.01.01 - identificazione utenti

CS.01.02-Identificare le azioni da porre in essere

CS.01.02.01 - identificazione azioni

CS.01.03-valutazione eventuale progetto

CS.01.03.02 - Grado di raggiungimento dei risultati del progetto secondo quanto indicato nel format "miglioramento della qualità percepita - relazione"



Azienda Sanitaria Provinciale

Piano della Performance 2022-2024

ALLEGATO 2

***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

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**:

- **riconurre** 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



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
2022-2024**

ALLEGATO 3

***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
TOTALE PUNTEGGIO		100	100

OBIETTIVO 1: Screening	
Referente obiettivo: DASOE - U.O. 9.2	
DESCRIZIONE	<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«n. di test eseguiti/popolazione target», 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 Circolare n. 5 del 16.3.2016e della Circolare n. 18 del 4.10.2018, nonché del Piano Regionale Della Prevenzione.</p>
PUNTEGGIO ASP e AO	<p>9 PUNTI (3 per ogni screening) per le ASP</p> <p>3 PUNTI (1 per ogni screening) per le AO</p>
NOTA	<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"> - Coinvolgimento e collaborazione MMG (% MMG con pulizia liste) - Aggiornamento banca dati anagrafica (SI/NO) - Presenza PDTA per ogni screening (SI/NO) - Utilizzo HPV-DNA come test primario (SI/NO) <p>AO</p> <p>Gli indicatori esprimono la collaborazione con le ASP per il raggiungimento del risultato e sono riportati nelle Circolari citate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP - Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening - Esecuzione delle prestazioni di approfondimento richieste dalla ASP - Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening
<p>VALORI OBIETTIVO</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>SCALA</p>	<p>ASP</p> <p>Per ogni screening:</p> <p>Indicatore LEA <5% = 0</p> <p style="padding-left: 40px;">5-9% = 1</p> <p style="padding-left: 40px;">10-14% = 2</p> <p style="padding-left: 40px;">15-19% = 3</p> <p style="padding-left: 40px;">20-24% = 4</p> <p style="padding-left: 40px;">25-29% = 5</p> <p style="padding-left: 40px;">30-34% = 6</p> <p style="padding-left: 40px;">35-39% = 7</p> <p style="padding-left: 40px;">40-44% = 8</p> <p style="padding-left: 40px;">45-49% = 9</p> <p style="padding-left: 40px;">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>TRACKING</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>

OBIETTIVO 2: Esiti	
Referente Assessorato	DASOE – Servizio 9
DESCRIZIONE	<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>2.1 Frattura del femore: 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>2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;</p> <p>2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: 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>2.4 Colectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.</p>
PUNTEGGIO ASP e AO	20 (5 per ogni sub obiettivo)

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).

INDICATORE	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). (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 94,3%
SCALA	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.
TRACKING	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.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	*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

SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	
Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9	
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.	
INDICATORE	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti anno = massimo 15% Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti anno = massimo 25%
SCALA	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.
TRACKING	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.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	**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).

INDICATORE	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*** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 91,8%
SCALA	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.
TRACKING	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.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	*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.

INDICATORE	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)
VALORE OBIETTIVO	Media delle migliori 10 strutture in Italia Fonte PNE 2017:95,3%
SCALA	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.
TRACKING	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.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	**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

Codice ICD-9-CM diagnosi	Descrizione
574.21	Calcolosi della colecisti senza colecistite con
ostruzione	
574.51	Calcolosi del dotto biliare senza colecistite con
	ostruzione
574.91	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare senza
	colecistite con ostruzione
575.2 +	Ostruzione della colecisti +
(574.20 o 574.50 o 574.90)	Calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare
senza	colecistite senza ostruzione
576.2 +	Ostruzione del dotto biliare +
(574.20 o 574.50 o 574.90)	Calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare
senza	colecistite senza ostruzione
575.3	Idrope della colecisti

D. Calcolosi con complicanza sia infiammatoria sia ostruttiva

Codice ICD-9-CM diagnosi	Descrizione
574.01	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta e con
	ostruzione
574.11	Calcolosi della colecistiti con altra colecistite e con
	ostruzione
574.31	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta e con
	ostruzione
574.41	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite e con
	ostruzione
574.61	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con
	colecistite acuta e con ostruzione
574.71	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra
	colecistite e con ostruzione
574.81	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con
	colecistite acuta e cronica con ostruzione
575.2,	Ostruzione della colecisti
<i>in presenza di una delle seguenti:</i>	
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,	Ostruzione del dotto biliare
<i>in presenza di una delle seguenti:</i>	

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	
<u>Intev. sullo stomaco e duodeno</u>		
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.

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

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>4.1) Punti nascita</p> <p>Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist</p> <p>Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore 1</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>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>4.2.1) Nei PN senza (TIN):</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>4.2.2) Nei PN (con TIN):</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 <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"> - <i>Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 - Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73] <p>4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). 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>
VALORI OBIETTIVO	<p>4.1) Punti nascita</p> <p>Livello I - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 100% Soddisfamento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>Livello II - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 90% Soddisfamento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>Livello III - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 75% Soddisfamento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>4.2.1.1)0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>4.2.1.2)< 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"> - Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 - Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 - Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73]

	<p>4.2.2.2)</p> <p><10% (2016);</p> <p>< 7% (2017)</p> <p>< 5% (2018)</p>
SCALA	<p>1) Punti nascita</p> <p>Livello I SI/NO. (SI = 100% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Nel caso di NO si passa al Livello II</p> <p>Livello II SI/NO. (SI = 90% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Nel caso di NO si passa al Livello III</p> <p>Livello III 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>2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>SI/NO</p>
TRACKING	<p>- Monitoraggio intermedio</p> <p>- Monitoraggio finale a fine mandato</p>
PUNTEGGIO	<p>10</p> <p>4.1) Punti nascita - punteggio 5</p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali – punteggio 5</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 ≥ 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 II 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 II 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 II 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 ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione.

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

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 ≥ 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 aree neonatali e U.O. di neonatologia devono prevedere: <ul style="list-style-type: none"> – 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; – area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici; 	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> - ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc. - possibilità di accogliere i genitori senza limitazioni di orario 	
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)	
		6 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (sopra i 1000 nati/ anno)	
		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 anestesiologicala 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"> ○ In particolare deve accogliere: <ul style="list-style-type: none"> – neonati in ventilazione assistita intubati o no; – neonati chirurgici in fase pre e post operatoria; – neonati con malformazioni complesse; – neonati con gravi compromissioni delle funzioni vitali e/o che abbisognino di procedure diagnostiche invasive oppure specialistiche; – 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; – neonati che richiedono procedure diagnostiche invasive o trattamenti che necessitano di monitoraggi, ecc.; – neonati non dimissibili affetti da patologie croniche, né trasferibili in U.O. di I livello. 	<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:

ATTREZZATURE	TERAPIA INTENSIVA		TERAPIA SUBINTENSIVA	
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. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive</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"> - il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento (Azione 1); - l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento (Azione 2); - l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento (Azione 3); - la relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori (Azione 4);
<p>INDICATORI</p>	<p>Indicatore A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa(outcome)</p> $Efficienza operativa (t) = Eff(t) = \frac{\frac{n. pz con permanenze > 24 ore al PS al tempo t}{K2(t)+K3(t)}}{K1(t)} = \frac{n. pz con permanenze < 24 ore al PS al tempo t}{K1(t)}$ <p><i>[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19]</i></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>Indicatore B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)</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>

VALORI OBIETTIVO	<p>Indicatore A Fermo restando che al 31/12/2021 dovrà essere raggiunto il valore di accettabilità $\leq 0,05$ (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>Categoria I: PS con un valore indicatore maggiore o uguale 0,40 nel 2018 2019: miglioramento atteso del 70% rispetto al valore del 2018 (SI/NO); 2020: miglioramento atteso del [xx%][*] rispetto al valore del 2019 (SI/NO); 2021: miglioramento atteso del [xx%][*] rispetto al valore del 2020 (SI/NO); [*]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 $\leq 0,05$.</p> <p>Categoria II: PS con un valore indicatore compreso fra 0,09 e 0,40 nel 2018 2019: miglioramento atteso del 50% rispetto al valore del 2018(SI/NO); 2020: miglioramento atteso del [xx%][*] rispetto al valore del 2019(SI/NO); 2021: miglioramento atteso del [xx%][*] rispetto al valore del 2020(SI/NO); [*]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 $\leq 0,05$.</p> <p>Categoria III: PS con un valore indicatore inferiore a 0,09 nel 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fenomeno da tenere sotto controllo tramite il PAGS, ovvero non si dovrà registrare un peggioramento del valore (SI/NO) - Raggiungimento del valore indicatore $< 0,05$ al 31 dicembre del 2021(SI/NO). <p>Indicatore B Le evidenze documentali dovranno dimostrare l'adempimento delle azioni seguenti (SI/NO) 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>SCALA</p>	<p>Indicatore A SI= raggiungimento al 100% dell'obiettivo NO= mancato raggiungimento</p> <p>Indicatore B SI = 100% (Azione 1+ Azione 2 + Azione 3+ Azione 4) NO = 0%</p>
<p>PUNTEGGIO</p>	<p>10 8 per l'Indicatore A 2 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

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none">1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020) (PESO 10%)2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2018. (PESO 30%)3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)
VALORI OBIETTIVO e SCALA	<ol style="list-style-type: none">1. SI / NO2. 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

	<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>PUNTEGGIO</p>	<p>3 per ASP e 9 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

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none">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 medici2. numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)
VALORI OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none">1. ASP: >30% nel 2019 e >35% nel 2020 AO: >40% nel 2019 e >45% nel 20202. >100 nel 2019 e >120 nel 2020
SCALA	<ol style="list-style-type: none">1. SI / NO2. SI / NO
PUNTEGGIO	5 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

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none">1. % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati2. % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)
VALORI OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none">1. > 5% per il 20192. >10% per il 2019
SCALA	SI / NO
PUNTEGGIO	5 per ASP; 7 per AO e AOU

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.

INDICATORE	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC
VALORI OBIETTIVO	<p><u>AL 31.12.2019</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.• 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". <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>

SCALA	SI / NO
PUNTEGGIO	5 per ASP e 10 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

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none">1) Implementazione e presentazione del Piano contenente le azioni previste negli ambiti indicati e approvazione dello stesso da parte dell'Assessorato (anno 2019)2) Rispetto e completa realizzazione delle azioni previste a Piano, come da cronoprogramma (anno 2020)
VALORI OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none">1) Si / No2) n° e % di sviluppo delle azioni previste a Piano rispetto al cronoprogramma
PUNTEGGIO	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

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

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	
1.1 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 ovicaprine controllate/n. Aziende bovine e ovicaprine 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	
1.2 SICUREZZA ALIMENTARE	20%	1.2.A Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS);	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 sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici)	1.2.A – SI/NO	
		1.2.B Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché: - Piano Nazionale Residui - Piano monitoraggio Molluschi bivalvi (solo ME e SR)	1.2.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	1.2.B – SI/NO	
		1.2.C Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	1.2.C – Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare	1.2.C – SI/NO	

interventi previsti	Peso intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
1.3 COPERTURAE VACCINALI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	20%	1.3.A - Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017-)	1.3.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente	1.3.A 92 - 95% a 24 mesi , per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	
		1.3.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)	1.3.B - Relazione sulle attività svolte	1.3.B - SI/NO	
		1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	1.3.C - Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale	1.3.C – SI/NO	
		1.3.D –Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018	1.3.D – Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	1.3.D –SI/NO	
		1.3.E - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	1.3.E - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	1.3.E -100%	
		1.3.F - Notifica delle malattie infettive	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)	1.3.F – 70%	

Interventi previsti	Peso intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
1.4 TUTELA AMBIENTALE	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	
1.5 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	
2.1 SICUREZZA DEI PAZIENTI	3 Punti	2.1.A Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Sarà valutata: 1) la percentuale di completezza ¹ della compilazione della scheda A e della scheda B ² 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%	¹ 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. ² 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.
		2.1.B Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	
		2.1.C Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	1) Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualitasicilia SSR 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	1) SI 2) 100%	
		2.1.D 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	
		2.1.E 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	
2.2 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	
2.3 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	
2.4 APPROPRIATEZZA	1 punto	Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti	SI	
2.5 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;">2.6</p> <p>CONSOLIDAMENTO DELLA RACCOLTA DELLE EMAZIE CONCENTRATE E DEL PLASMA DA DESTINARE ALLA PRODUZIONE DI MEDICINALI PLASMADERIVATI.</p>	<p style="text-align: center;">2 punti</p>	<p><u>2.6.A</u></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><u>2.6.B</u></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 <u>2.6.A</u> sarà conseguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta 2019. ○ La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore all'1% sarà valutato con 0,8 punti ○ La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 2% sarà valutato 0,6 punti ○ La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 3% sarà valutato 0,5 punti ○ Per scostamenti > del 3% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto <p>Il sub-obiettivo <u>2.6.B</u> sarà conseguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 60 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto <p>Per scostamenti > 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 GLIGATA)>=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 pubblico eavvio 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%

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



Miglioramento delle Performance Aziendali 2022

ALLEGATO A

Progetto:

Inserire nome progetto

*UOC/UOSD
Direttore UOC/UOSD*

inserire nome Direttore

ANAGRAFICA – SCHEDA DI SINTESI

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

Titolo Progetto	
UOC/UOSD	
Direttore UOC/UOSD	
Obiettivi	Indicare sinteticamente gli obiettivi del progetto da sviluppare nel paragrafo 2 “ <i>Obiettivi del progetto</i> ”
Fasi	Indicare sinteticamente le fasi del progetto da sviluppare nel paragrafo 3 “ <i>Fasi azioni ed indicatori</i> ”
Costo Totale del Progetto <i>paragrafo 7 "Costi delle Risorse"</i>	€ 0,00
Output del Progetto	Indicare i risultati da raggiungere alla fine del Progetto
Outcome del Progetto	Individuare i benefici ed i beneficiari del Progetto

1 ANALISI DEL CONTESTO

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

<p>Descrizione</p>	<p>Descrivere l'iniziativa che si vuole attivare</p>
<p>Situazione di partenza</p>	<p>Descrivere lo Status quo – (<i>as is</i>)</p>
<p>Problema che dovrebbe essere risolto</p>	<p>Descrivere la problematica che si intende risolvere (<i>to be</i>)</p>

2 OBIETTIVI DEL PROGETTO

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

Obiettivi di progetto

Indicare gli obiettivi che si vogliono traguardare mediante la realizzazione dell'iniziativa

**Impatti di un possibile
«No»**

Indicare gli impatti qualitativi derivanti dal mantenimento dello stato attuale delle cose (scelta di non far nulla)

Legami e sinergie

Indicare eventuali altre iniziative che rappresentano vincoli o che, al contrario, presentano potenziali sinergie per la realizzazione delle attività

3 FASI AZIONI E INDICATORI

Fase		Azione		Indicatore
<i>Indicare tutte le fasi che porteranno alla realizzazione del progetto (da dettagliare anche nel cronoprogramma)</i>		<i>Per ogni Fase indicare tutte le azioni che porteranno alla realizzazione della fase</i>		<i>Indicare per ogni azione gli indicatori per misurarne la realizzazione</i>
1		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
2		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
3		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
4		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		

Fase		Azione		Indicatore
Indicare tutte le fasi che porteranno alla realizzazione del progetto (da dettagliare anche nel cronoprogramma)		Per ogni Fase indicare tutte le azioni che porteranno alla realizzazione della fase		Indicare per ogni azione gli indicatori per misurare la realizzazione
5		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
6		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
7		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
8		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		

--	--	--	--	--	--

7 COSTI DELLE RISORSE

SI: dettagliare stima economica (somma algebrica dei box precedenti)

NO: proseguire senza compilare la tabella sottostante

Voci di Costo	2021	2022	2023...	Totale
Costi Risorse Umane da Acquisire				€ 0,00
Costi Risorse Strumentali	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Costi Altre Risorse	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
TOTALE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

9 PRIORIZZAZIONE

Allineamento alla strategia dell'ASP	1	2	3	4
Il progetto è necessario per il raggiungimento del/degli obiettivo/i dell'albero delle performance? (1= utile >> 4 = fondamentale)				
Il progetto impatta trasversalmente più linee dell'albero delle performance? (1= nessuna >> 4 = tutte)				
Il progetto è interdipendente con altre iniziative strategiche già in corso o in fase di avvio, alle quali può portare evidenti benefici?				
Il progetto è funzionale alla trasformazione digitale dell'ASP?				

Probabilità di successo	1	2	3	4
Probabilità che il progetto raggiunga i risultati attesi				
Probabilità che il progetto non ecceda i tempi prefissati				
Probabilità che il progetto non incontri resistenze al cambiamento				
Probabilità che il risultato di progetto si mantenga nel tempo				
Il vertice dell'ASP ha una visibilità diretta sui risultati del progetto? (1=No (Progetto interno) >> 4= Progetto molto esposto)				
Le competenze necessarie alla realizzazione del progetto sono attualmente disponibili? (Sia internamente che esternamente) (1= nessuna >> 4 = tutte)				

Presenza di obblighi normativi (compliance)	1	2	3	4
L'iniziativa permette di adempiere a obblighi normativi senza i quali l'azienda può incorrere in sanzioni?				
Il valore delle eventuali sanzioni in caso di mancato adempimento è alto?				
I danni all'immagine dell'Ente in caso di mancato adempimento sono rilevanti?				
I danni a persone e/o cose che possono derivare dal mancato adempimento sono rilevanti? (Esempio: servizi di sicurezza)				
Il mancato adempimento normativo può avere riflessi socio-politici significativi?				

Innovazione organizzativa	1	2	3	4
Incremento dell'efficienza operativa (Esempio: dematerializzazione dei processi)				
Miglioramento della qualità percepita dei servizi				
Ampliamento del portafoglio servizi offerti abilitati dalla trasformazione digitale				
Incremento della sinergia tra unità organizzative dell'ASP				

9 PRIORIZZAZIONE

Prestazioni legate ai pazienti	1	2	3	4
Miglioramento percepito nella fruizione di un servizio da parte del paziente (Qualità, Umanizzazione)				
Miglioramento percepito nello svolgimento delle attività da parte del personale dell'Ente				
Ampliamento del portafoglio di servizi offerti su territorio distrettuale e/o regionale				
Semplificazione delle modalità di accesso alla cura da parte del paziente (Es. Tele-visita)				
Miglioramento delle linee guida cliniche e/o della strumentazione a supporto del personale dell'ente ai fini di una più corretta appropriatezza delle cure (Clinica/Prescrittiva/Amministrativa)				

Rapporto valore/costi	1	2	3	4
È disponibile un finanziamento vincolato all'esecuzione dell'iniziativa in oggetto (es. Fondi provenienti dalla Regione, dal PSN, dall'Unione Europea, ecc.) che copre il budget necessario? (1= No, nessun finanziamento vincolato >> 4= Sì, presente un budget vincolato all'iniziativa che copre il 100% delle necessità di progetto)				
È stato già stanziato in sede di pianificazione un budget per l'iniziativa in oggetto? (1= No, nessun budget stanziato >> 4= Sì, già stanziato un budget per l'iniziativa che copre il 100% delle necessità di progetto)				
Risparmio annuale atteso dall'implementazione del progetto (in percentuale rispetto al valore del progetto stesso)				

Indice di priorizzazione :	0
-----------------------------------	----------



Miglioramento delle Performance Aziendali 2021

ALLEGATO B

Relazione



UOC/UOSD
Direttore UOC/UOSD



RELAZIONE - SCHEDA DI SINTESI 2021

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

Titolo Progetto	
UOC/UOSD	
Direttore UOC/UOSD	
Descrizione	Descrizione del progetto
Situazione di partenza	Descrivere la situazione prima della realizzazione del progetto
Problema che è stato risolto	Descrivere la problematica che si è risolta
Output del Progetto	Indicare i risultati raggiunti attraverso la realizzazione del Progetto
Outcome del Progetto	Indicare i benefici ed i beneficiari del Progetto

RELAZIONE - OBIETTIVI CONSEGUITI 2021

Fase	Azione		Indicatore	Indicatore	Allegato	Note
<i>Fasi che hanno portato alla realizzazione del progetto</i>	<i>Azioni che hanno portato alla realizzazione della fase</i>		<i>Risultato atteso come da progetto presentato</i>	<i>Risultato conseguito al 31/12/2021</i>	<i>Si/No</i>	<i>In caso di mancato raggiungimento specificare le cause</i>
1	Azione 1					
	Azione 2					
	Azione 3					
	Azione 4					
2	Azione 1					
	Azione 2					
	Azione 3					
	Azione 4					
3	Azione 1					
	Azione 2					
	Azione 3					
	Azione 4					
4	Azione 1					
	Azione 2					
	Azione 3					
	Azione 4					

Fase		Azione	Indicatore	Indicatore	Allegato	Note
Fasi che hanno portato alla realizzazione del progetto		Azioni che hanno portato alla realizzazione della fase	Risultato atteso come da progetto presentato	Risultato conseguito al 31/12/2021	Sì/No	In caso di mancato raggiungimento specificare le cause
5		Azione 1				
		Azione 2				
		Azione 3				
		Azione 4				
6		Azione 1				
		Azione 2				
		Azione 3				
		Azione 4				
7		Azione 1				
		Azione 2				
		Azione 3				
		Azione 4				
8		Azione 1				
		Azione 2				
		Azione 3				
		Azione 4				



Miglioramento delle Performance Aziendali 2022

ALLEGATO C

Progetto:

Inserire nome progetto

*UOC/UOSD
Direttore UOC/UOSD*

inserire nome Direttore



ANAGRAFICA – SCHEDA DI SINTESI

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

Titolo Progetto	
UOC/UOSD	
Direttore UOC/UOSD	
Obiettivi	Indicare sinteticamente gli obiettivi del progetto da sviluppare nel paragrafo 2 “ <i>Obiettivi del progetto</i> ”
Fasi	Indicare sinteticamente le fasi del progetto da sviluppare nel paragrafo 3 “ <i>Fasi azioni ed indicatori</i> ”
Costo Totale del Progetto <i>paragrafo 7 "Costi delle Risorse"</i>	€ 0,00
Output del Progetto	Indicare i risultati da raggiungere alla fine del Progetto
Outcome del Progetto	Individuare i benefici ed i beneficiari del Progetto

1 ANALISI DEL CONTESTO

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

<p>Descrizione</p>	<p>Descrivere l'iniziativa che si vuole attivare</p>
<p>Situazione di partenza</p>	<p>Descrivere lo Status quo – (<i>as is</i>)</p>
<p>Problema che dovrebbe essere risolto</p>	<p>Descrivere la problematica che si intende risolvere (<i>to be</i>)</p>

2 OBIETTIVI DEL PROGETTO

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

Obiettivi di progetto

Indicare gli obiettivi che si vogliono traguardare mediante la realizzazione dell'iniziativa

**Impatti di un possibile
«No»**

Indicare gli impatti qualitativi derivanti dal mantenimento dello stato attuale delle cose (scelta di non far nulla)

Legami e sinergie

Indicare eventuali altre iniziative che rappresentano vincoli o che, al contrario, presentano potenziali sinergie per la realizzazione delle attività

3 FASI AZIONI E INDICATORI

Fase		Azione		Indicatore
<i>Indicare tutte le fasi che porteranno alla realizzazione del progetto (da dettagliare anche nel cronoprogramma)</i>		<i>Per ogni Fase indicare tutte le azioni che porteranno alla realizzazione della fase</i>		<i>Indicare per ogni azione gli indicatori per misurarne la realizzazione</i>
1		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
2		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
3		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
4		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		

Fase		Azione		Indicatore
Indicare tutte le fasi che porteranno alla realizzazione del progetto (da dettagliare anche nel cronoprogramma)		Per ogni Fase indicare tutte le azioni che porteranno alla realizzazione della fase		Indicare per ogni azione gli indicatori per misurare la realizzazione
5		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
6		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
7		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
8		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		

--	--	--	--	--	--

7 COSTI DELLE RISORSE

SI: dettagliare stima economica (somma algebrica dei box precedenti)

NO: proseguire senza compilare la tabella sottostante

Voci di Costo	2021	2022	2023...	Totale
Costi Risorse Umane da Acquisire				€ 0,00
Costi Risorse Strumentali	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Costi Altre Risorse	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
TOTALE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

9 PRIORIZZAZIONE

Allineamento alla strategia dell'ASP	1	2	3	4
Il progetto è necessario per il raggiungimento del/degli obiettivo/i dell'albero delle performance? (1= utile >> 4 = fondamentale)				
Il progetto impatta trasversalmente più linee dell'albero delle performance? (1= nessuna >> 4 = tutte)				
Il progetto è interdipendente con altre iniziative strategiche già in corso o in fase di avvio, alle quali può portare evidenti benefici?				
Il progetto è funzionale alla trasformazione digitale dell'ASP?				

Probabilità di successo	1	2	3	4
Probabilità che il progetto raggiunga i risultati attesi				
Probabilità che il progetto non ecceda i tempi prefissati				
Probabilità che il progetto non incontri resistenze al cambiamento				
Probabilità che il risultato di progetto si mantenga nel tempo				
Il vertice dell'ASP ha una visibilità diretta sui risultati del progetto? (1=No (Progetto interno) >> 4= Progetto molto esposto)				
Le competenze necessarie alla realizzazione del progetto sono attualmente disponibili? (Sia internamente che esternamente) (1= nessuna >> 4 = tutte)				

Presenza di obblighi normativi (compliance)	1	2	3	4
L'iniziativa permette di adempiere a obblighi normativi senza i quali l'azienda può incorrere in sanzioni?				
Il valore delle eventuali sanzioni in caso di mancato adempimento è alto?				
I danni all'immagine dell'Ente in caso di mancato adempimento sono rilevanti?				
I danni a persone e/o cose che possono derivare dal mancato adempimento sono rilevanti? (Esempio: servizi di sicurezza)				
Il mancato adempimento normativo può avere riflessi socio-politici significativi?				

Innovazione organizzativa	1	2	3	4
Incremento dell'efficienza operativa (Esempio: dematerializzazione dei processi)				
Miglioramento della qualità percepita dei servizi				
Ampliamento del portafoglio servizi offerti abilitati dalla trasformazione digitale				
Incremento della sinergia tra unità organizzative dell'ASP				

9 PRIORIZZAZIONE

Prestazioni legate ai pazienti	1	2	3	4
Miglioramento percepito nella fruizione di un servizio da parte del paziente (Qualità, Umanizzazione)				
Miglioramento percepito nello svolgimento delle attività da parte del personale dell'Ente				
Ampliamento del portafoglio di servizi offerti su territorio distrettuale e/o regionale				
Semplificazione delle modalità di accesso alla cura da parte del paziente (Es. Tele-visita)				
Miglioramento delle linee guida cliniche e/o della strumentazione a supporto del personale dell'ente ai fini di una più corretta appropriatezza delle cure (Clinica/Prescrittiva/Amministrativa)				

Rapporto valore/costi	1	2	3	4
È disponibile un finanziamento vincolato all'esecuzione dell'iniziativa in oggetto (es. Fondi provenienti dalla Regione, dal PSN, dall'Unione Europea, ecc.) che copre il budget necessario? (1= No, nessun finanziamento vincolato >> 4= Sì, presente un budget vincolato all'iniziativa che copre il 100% delle necessità di progetto)				
È stato già stanziato in sede di pianificazione un budget per l'iniziativa in oggetto? (1= No, nessun budget stanziato >> 4= Sì, già stanziato un budget per l'iniziativa che copre il 100% delle necessità di progetto)				
Risparmio annuale atteso dall'implementazione del progetto (in percentuale rispetto al valore del progetto stesso)				

Indice di priorizzazione :	0
-----------------------------------	----------



Miglioramento delle Performance Aziendali 2021

ALLEGATO D

Relazione



UOC/UOSD
Direttore UOC/UOSD



RELAZIONE - SCHEDA DI SINTESI 2021

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

Titolo Progetto	
UOC/UOSD	
Direttore UOC/UOSD	
Descrizione	Descrizione del progetto
Situazione di partenza	Descrivere la situazione prima della realizzazione del progetto
Problema che è stato risolto	Descrivere la problematica che si è risolta
Output del Progetto	Indicare i risultati raggiunti attraverso la realizzazione del Progetto
Outcome del Progetto	Indicare i benefici ed i beneficiari del Progetto

RELAZIONE - OBIETTIVI CONSEGUITI 2021

Fase	Azione		Indicatore	Indicatore	Allegato	Note
<i>Fasi che hanno portato alla realizzazione del progetto</i>	<i>Azioni che hanno portato alla realizzazione della fase</i>		<i>Risultato atteso come da progetto presentato</i>	<i>Risultato conseguito al 31/12/2021</i>	<i>Sì/No</i>	<i>In caso di mancato raggiungimento specificare le cause</i>
1	Azione 1					
	Azione 2					
	Azione 3					
	Azione 4					
2	Azione 1					
	Azione 2					
	Azione 3					
	Azione 4					
3	Azione 1					
	Azione 2					
	Azione 3					
	Azione 4					
4	Azione 1					
	Azione 2					
	Azione 3					
	Azione 4					

Fase		Azione		Indicatore	Indicatore	Allegato	Note
Fasi che hanno portato alla realizzazione del progetto		Azioni che hanno portato alla realizzazione della fase		Risultato atteso come da progetto presentato	Risultato conseguito al 31/12/2021	Sì/No	In caso di mancato raggiungimento specificare le cause
5		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					
6		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					
7		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					
8		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					