

O.M.C. d.
Dott. me Ferraro

ORIGINALE

Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 622

Data 30 GIU. 2011

OGGETTO: Adozione del Piano della Performance, ai sensi del decreto legislativo 27.10.2009 n° 150 – Inerenti provvedimenti.

Dimostrazione della compatibilità economica:

Bilancio 2011

Centro di Costo _____

Conto Economico _____

Budget assegnato € _____

Budget già utilizzato € _____

Budget disponibile € _____

da cui prelevare la spesa prevista dal presente

atto, pari ad € _____

Disponibilità residua

di budget € _____

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

Proposta n° 245 del 30 GIU. 2011

Il Dirigente Responsabile dell'Istruttoria

(Dr. Ruggiero Di Francesco)

Il Responsabile

U.O.S. Stato Giuridico del Personale

(Dr. ssa Corradina Savarino)



Non comporta spesa

Il Direttore dell'U.O.C. proponente

(Dott. Vincenzo Magnano)

Il Responsabile dell'U.O.C. Bilanci e Finanze

Il Direttore U.O.C.

Affari Generali e Risorse Umane

(Dr. Vincenzo Magnano)

30 GIU. 2011, nei locali della sede legale dell'Azienda, siti in C.so Gelone 17 – Siracusa – il Direttore Generale Dr. Franco Maniscalco, nominato con D.P.R.S. n. 335 del 31.08.2009, assistito dalla Dr.ssa Carmela Linda Di Giorgio con funzioni di Segretario, ha adottato la seguente deliberazione, sulla base della proposta di seguito riportata

IL DIRETTORE DELL'U.O.C. AFFARI GENERALI E RISORSE UMANE
Dr. Vincenzo Magnano

Richiamato l'articolo 10, comma 1, lettera a, decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che espressamente recita:

“ 1. Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, secondo quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, lettera d), redigono annualmente:

a) entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori “;

Tenuto conto che il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto legislativo); più in particolare, è un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance ed i target. Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;

Vista la deliberazione n°112/2010 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), istituita dal decreto legislativo 27 ottobre 2009 n°150, ad oggetto “ Struttura e modalità di redazione del Piano della performance “, contenente istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance e che trova applicazione immediata per i ministeri, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, gli enti pubblici non economici nazionali e le agenzie fiscali, *mentre contiene le linee guida per regioni, enti locali ed amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale;*

Tenuto altresì conto:

- che, nelle varie sezioni di cui si compone il Piano, vengono descritti in modo puntuale i parametri e indicatori di valutazione, i soggetti della performance, nonché il ciclo di gestione della stessa;
- che in detto Piano viene affermato quale è il raccordo con la produttività dell'Ente e le forme di comunicazione adottate;
- che, pertanto, tale struttura di Piano risponde ai requisiti indicati dalla deliberazione della Civit citata;

Richiamata la direttiva assessoriale n°34981 del 15 aprile 2011 la quale, facendo seguito alla precedente n°9109 del 28.01.2011, traccia il solco entro cui adeguare l'attività delle aziende sanitarie nell'applicazione delle misure sopra citate; in particolare, l'Assessorato della Salute ha invitato le aziende a provvedere senza indugio alla redazione del Piano con

valenza triennale, secondo i dettami dell'art. 10 del decreto legislativo n°150/09 e della deliberazione CIVIT n°112/2010;

Ritenuto, conclusivamente, di adottare il Piano della Performance 2011-2013, di cui all'allegato elaborato, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Attestata la legittimità dell'atto nonché la correttezza formale e sostanziale dello stesso

PROPONE DI

1. Di adottare il documento programmatico triennale, denominato "Piano della performance" di cui all'allegato elaborato, che costituirà il sistema di misurazione della performance dell'A.S.P. di Siracusa per il triennio di riferimento;
2. Di riservarsi di modificare/integrare, qualora necessario, il suddetto Piano in conformità a nuove o diverse esigenze che dovessero presentarsi, sempre in aderenza alle disposizioni vigenti in materia;
3. Di trasmettere copia della presente deliberazione alla Commissione Indipendente della Valutazione (CIVIT), e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art. 10, comma 2, del decreto legislativo 27.10.2009 n°150.

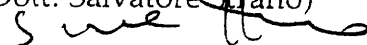
Siracusa, li

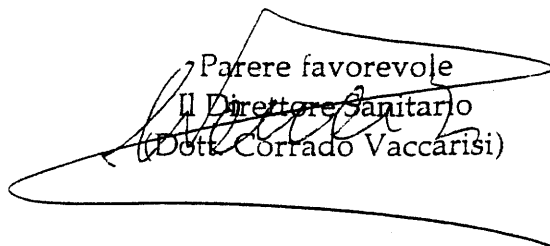
IL DIRETTORE DELL'U.O.C.
AFFARI GENERALI E RISORSE UMANE
(Dott. Vincenzo Magnano)

PARERI DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO E DEL DIRETTORE SANITARIO

(ai sensi dell'art. 3, commi 1 quinquies e 7, del Decreto Legislativo 30.12.1992 n°502 s.m.i.)

Sul presente atto viene espresso

Parere favorevole
Il Direttore Amministrativo
(Dott. Salvatore Strano)


Parere favorevole
Il Direttore Sanitario
(Dott. Corrado Vaccarisi)


IL DIRETTORE GENERALE

- Preso atto della proposta di deliberazione che precede e che qui si intende di seguito riportata e trascritta;
- Ritenuto di condividerne il contenuto;
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

DELIBERA

Secondo la superiore proposta formulata dal Dirigente Responsabile della U.O. proponente e per i motivi espressi nella medesima:

1. Di adottare il documento programmatico triennale, denominato "Piano della performance" di cui all'allegato elaborato, che costituirà il sistema di misurazione della performance dell'A.S.P. di Siracusa per il triennio di riferimento;
2. Di riservarsi di modificare/integrare, qualora necessario, il suddetto Piano in conformità a nuove o diverse esigenze che dovessero presentarsi sempre in aderenza alle disposizioni vigenti in materia;
3. Di trasmettere copia della presente deliberazione alla Commissione Indipendente della Valutazione (CIVIT), e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art. 10, comma 2, del decreto legislativo 27.10.2009 n°150.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Franco Maniscalco)

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto attesta, su conforme dichiarazione del personale incaricato dell'affissione, che la presente deliberazione è stata affissa all'albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ai sensi ed per gli effetti dell'art. 53 della L.R. n. 30/93 e successive modificazioni dal giorno **03 LUG. 2011** al giorno **17 LUG. 2011**

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

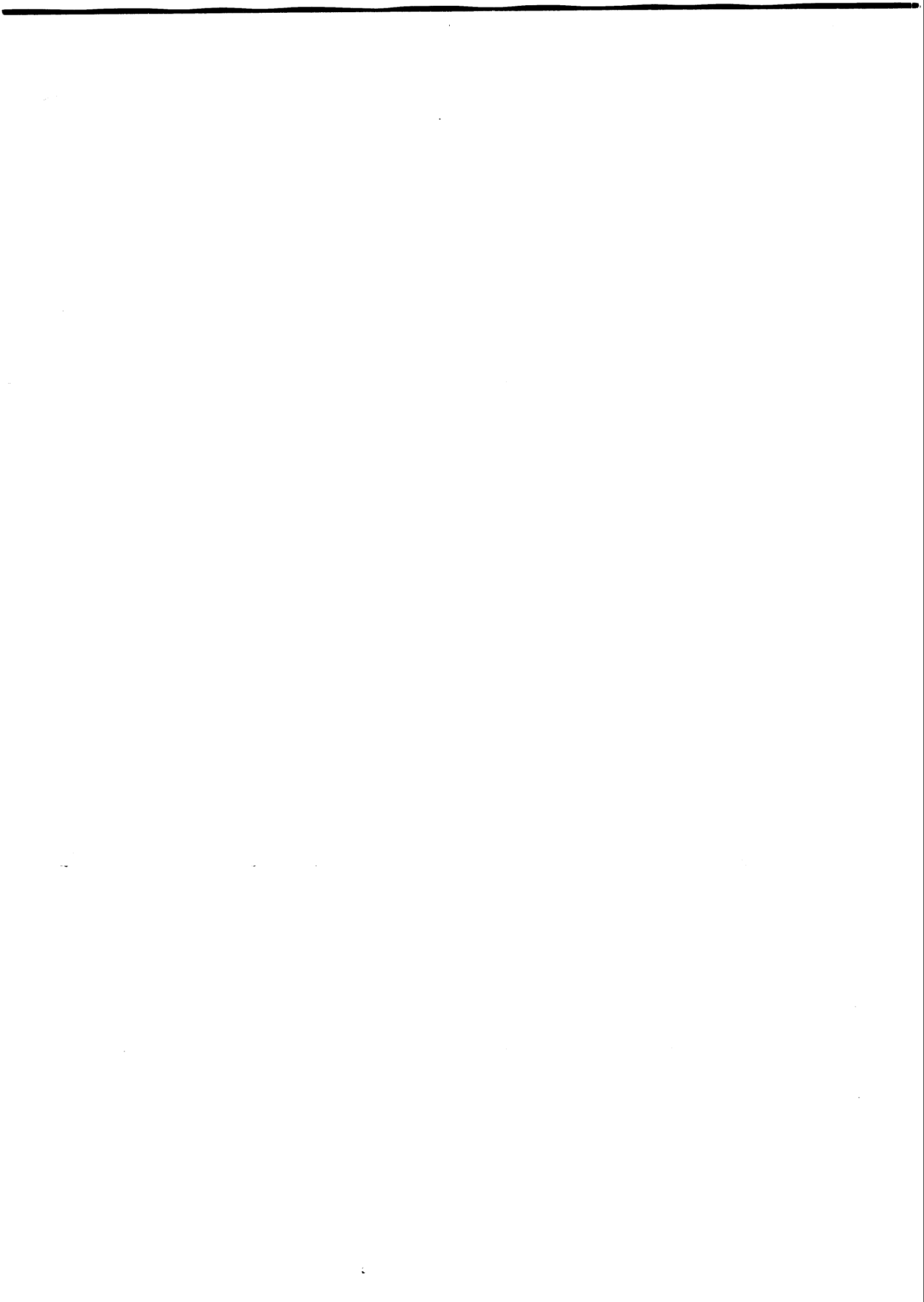
Siracusa, li **18 LUG. 2011**

La presente deliberazione è stata notificata al Collegio Sindacale in data _____
Prot. n° _____

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

La presente deliberazione E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE PER USO AMMINISTRATIVO.

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)





Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

Piano della Performance
Triennio 2011 – 2013

INDICE

1. Presentazione del Piano	Pag. 3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli stakeholder esterni	Pag. 5
2.1 Chi siamo	Pag. 5
2.2 Cosa facciamo	Pag. 5
2.3 Come operiamo	Pag. 6
3. Identità	Pag. 9
3.1 L'amministrazione "in cifre"	Pag. 9
3.2 Mandato istituzionale e missione	Pag. 14
3.3 Albero della performance	Pag. 15
4. Analisi del contesto	Pag. 16
5. Gli obiettivi strategici	Pag. 18
6. Il sistema di misurazione e valutazione della performance	Pag. 26
7. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	Pag. 28
8. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	Pag. 30
8.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	Pag. 30
8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	Pag. 30
8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	Pag. 31
9. Allegati tecnici	
Allegato 1 - Analisi SWOT	Pag. 32
Allegato 2 - Schede obiettivi/indicatori	Pag. 36

[REDACTED]

Il Piano della performance è adottato ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lett. B) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n°150, di seguito decreto, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della performance costituisce lo strumento programmatico triennale con cui l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa intende avviare il ciclo di gestione della performance previsto dall'art. 4 del decreto articolato nelle seguenti fasi:

- a. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f. rendicontazione dei risultati.

Il presente piano è articolato su un orizzonte temporale triennale e, in coerenza con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi, gli indicatori ed i target definendo gli elementi fondamentali su cui si baseranno, sia durante il processo che alla sua conclusione, la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Come richiesto dall'art. 5, comma 2 del decreto legislativo, gli obiettivi sono:

- Rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- Specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- Tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- Riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- Commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- Confrontabili con le tendenze alla produttività dell'amministrazione di riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- Correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

Secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1 del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

- a. gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- b. gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- c. gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli indirizzi strategici (art. 15, comma 2, lett. b del decreto legislativo) sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del relativo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance. Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'art. 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'art. 7 del decreto legislativo.

Il Piano contiene infine gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori al fine di consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui all'art. 9, comma 1, lett. a e b del decreto legislativo.




2.1 – Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è Azienda del Servizio Sanitario Regionale costituita con Legge Regionale n°5 del 14/04/2009, derivata dall'accorpamento di due ex Aziende Sanitarie. Essa eroga prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione attraverso strutture ospedaliere ed extraospedaliere dislocate nel territorio della provincia di Siracusa.

L'Azienda, operativa dal 1° settembre 2009, ha sede legale a Siracusa in Corso Gelone n°17 ed è dotata di natura giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il sito web aziendale è www.asp.sr.it.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale approvato con Decreto Assessoriale n°2722 dell'11 novembre 2010.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 406.709 abitanti (al 31.12.2010), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti;
- dipendenti;
- istituzioni;
- fornitori;
- terzo settore.

2.2 – Cosa facciamo

L'Azienda svolge funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia di Siracusa attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, volte a consentire la migliore qualità di vita dei cittadini. Tale obiettivo viene perseguito dall'A.S.P. di Siracusa fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del S.S.N., pubbliche o private, garantendo l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza – L.E.A., lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità dei servizi all'utente, l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, lo sviluppo delle cure primarie, la collaborazione con gli enti locali, le altre

organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato.

Le attività da svolgere vengono definite dall'A.S.P. mediante il Piano Attuativo di durata triennale, adottato dal Direttore Generale previo parere della Conferenza dei Sindaci, con il quale vengono recepiti gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino. Il Piano Attuativo si realizza mediante la definizione di programmi annuali di attività.

2.3 – Come operiamo

L'Azienda svolge le proprie funzioni assegnata dalla legge perseguendo l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico e assistenziale, preventivo, diagnostico-terapeutico, palliativo e riabilitativo. Nell'ambito delle risorse disponibili, l'Azienda impronta pertanto la propria attività a criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti della programmazione nazionale e regionale.

Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

Per lo svolgimento della propria attività l'Azienda persegue inoltre il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

L'Azienda, mediante il proprio Atto Aziendale, approvato con Decreto Assessoriale n°2722 dell'11 novembre 2010, ha individuato la struttura organizzativa aziendale e le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

I dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. Entro tali limiti, spetta, in particolare, ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

I Dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate ivi compresa la gestione del personale e la gestione degli accessi degli operatori del Dipartimento, agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Direzione Generale.

I Dipartimenti funzionali hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico - assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico terapeutico - assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

Le Strutture Complesse (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Le Strutture Semplici (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

All'interno dell'Azienda la funzione dello staff direzionale si associa a compiti caratterizzati da precisa specializzazione professionale, flessibilità organizzativa, orientamento ai risultati e capacità di innovazione.

Appartengono allo staff le seguenti competenze:

- Ingegneria clinica;
- La prevenzione e protezione;
- Sorveglianza Sanitaria;
- Programmazione e Controllo di Gestione;
- Politiche per il Personale e Formazione;
- Sistemi Informativi;
- Comunicazione istituzionale ed interna;
- Gestione Rischio Clinico;
- Qualità.

SCHELETRO ORGANIZZATIVO ATTO AZIENDALE

3.1 L'amministrazione "in cifre"

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 406.709 abitanti (al 31.12.2010), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

L'ASP di Siracusa è articolata in 2 Distretti Ospedalieri ed in un'Area Territoriale a sua volta suddivisa in 4 Distretti Sanitari che assicurano le attività di prevenzione collettiva, assistenza di base e specialistica, assistenza riabilitativa. In ogni distretto sanitario è prevista l'allocatione di un PTA che svolge funzioni complesse di cure primarie, garantisce la continuità assistenziale, rappresenta il Punto Unico di accesso alle prestazioni. All'interno del PTA è allocato lo sportello per le cure domiciliari.

Nell'ambito dei distretti ospedalieri dell'Azienda sono presenti i seguenti Presidi Ospedalieri con i sotto elencati posti letto per acuti (assegnati nel totale n°750, ex D.A. n°1377/2010):

Distretto Ospedaliero SR 1 Residenti: 301.485	Distretto Ospedaliero SR2 Residenti: 105.224
--	---

Presidio Ospedaliero	PP.LL. per acuti	PP.LL. post acuti	Presidio Ospedaliero	PP.LL. per acuti	PP.LL. post acuti
Umberto I - Siracusa	369	32	Lentini	115	0
Avola - Noto	151	48	Augusta	115	0
TOTALE	520	80	TOTALE	230	0

Nella nuova organizzazione dell'Azienda sanitaria provinciale, così come previsto dalla L.R. n°5 del 14/04/2009, sono stati istituiti n°4 Distretti Sanitari di Base che costituiscono strutture di riferimento per le cure territoriali.

DISTRETTO SANITARIO	COMUNI AFFERENTI	POPOLAZIONE RESIDENTE
Siracusa (n°2 PTA) Totale residenti: 198.179	1. Buccheri; 2. Buscemi; 3. Canicattini B.; 4. Cassaro; 5. Ferla; 6. Floridaia; 7. Palazzolo A.; 8. Priolo Gargallo; 9. Siracusa ; 10. Solarino; 11. Sortino	1. 2.148 abitanti 2. 1.147 abitanti 3. 7.323 abitanti 4. 819 abitanti 5. 2.590 abitanti 6. 23.050 abitanti 7. 9.061 abitanti 8. 12.160 abitanti 9. 123.106 abitanti 10. 7.820 abitanti 11. 8.955 abitanti
Noto (n°2 PTA) Totale residenti: 103.306	1. Avola; 2. Noto ; 3. Pachino; 4. Portopalo di C.P.; 5. Rosolini	1. 31.800 abitanti 2. 23.900 abitanti 3. 21.990 abitanti 4. 3.818 abitanti 5. 21.798 abitanti
Augusta (n°1 PTA) Totale residenti: 50.098	1. Augusta ; 2. Melilli.	1. 36.717 abitanti 2. 13.381 abitanti
Lentini (n°1 PTA) Totale residenti: 55.126	1. Carlentini; 2. Francofonte; 3. Lentini .	1. 18.043 abitanti 2. 13.068 abitanti 3. 24.015 abitanti

All'interno dell'Azienda è inoltre presente una Centrale Operativa 118 che gestisce la risposta all'emergenza nei confronti delle province di Catania, Siracusa, Ragusa.

Per il perseguimento delle finalità istituzionali l'ASP di Siracusa possiede una dotazione di 3200 dipendenti (dotazione organica anno 2011), distribuita secondo i ruoli e i profili professionali riportati nella successiva tabella.

Dotazione organica A.S.P. Siracusa

Ruolo	Profilo	Numero	%
Sanitario	1. Dirigenti medici e veterinari;	1. 769;	1. 24,03%;
	2. Dirigenti non medici;	2. 100;	2. 3,12%;
	3. Comparto	3. 1462	3. 45,68%
Professionale	1. Dirigenti;	1. 8;	1. 0,25%;
	2. Comparto;	2. 2;	2. 0,06%

Tecnico	1. Dirigenti; 2. Comparto	1. 8; 2. 455	1. 0,25%; 2. 14,21%
Amministrativo	1. Dirigenti; 2. Comparto	1. 31; 2. 365	1. 0,96%; 2. 11,40%
TOTALE		3200	100%

Presenze in servizio - A.S.P. Siracusa (ruolo)

Ruolo	Profilo	Numero	%
Sanitario	1. Dirigenti medici e veterinari;	1. 582;	1. 20,71%;
	2. Dirigenti non medici;	2. 94;	2. 3,34%;
	3. Comparto	3. 1371	3. 48,79%
Professionale	1. Dirigenti;	1. 3;	1. 0,10%;
	2. Comparto;	2. 2;	2. 0,07%
Tecnico	1. Dirigenti;	1. 5;	1. 0,17%;
	2. Comparto	2. 401	2. 14,27%
Amministrativo	1. Dirigenti;	1. 20;	1. 0,71%;
	2. Comparto	2. 32	2. 11,81%
TOTALE		2810	100%

Il personale dell'ASP di Siracusa vede la prevalenza delle figure del comparto sanitario, costituito da infermieri, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, fisioterapisti, ecc, con 1462 figure nominali, pari a circa il 45% del totale. Tra le figure dirigenziali prevalgono inoltre i dirigenti del ruolo sanitario dell'area medica e veterinaria (769 unità pari al 24,03% del totale).

Si riporta di seguito la sintesi delle principali informazioni inerenti l'Azienda.

Numero complessivo di ricoveri ordinari - anno 2010

PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIFERIMENTO	NUMERO
P.O. Umberto I - Siracusa	17.243
P.O. Avola - Noto	6.924
P.O. Muscatello di Augusta	5.198
P.O. Lentini	4.415
TOTALE	33.780

Assistenza domiciliare – anno 2010

	TOTALE PAZIENTI ASSISTITI	PAZIENTI ASSISTITI DI ETA' > 65 ANNI
ANNO 2010	953	870

Programmi di screening per la prevenzione dei tumori – anno 2010

Screening per la prevenzione e diagnosi precoce di:	Tumori del collo dell'utero	Tumori della mammella	Tumori del colon – retto
Numero partecipanti allo screening	2.864	416	//
Numero di invitati allo screening	11.166	1718	//
Percentuale di adesione al 31/12/2010	25,65%	24,21%	//

Numero complessivo di parti – anno 2010

PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIFERIMENTO	NUMERO
P.O. Umberto I – Siracusa	1.520
P.O. Avola – Noto	569
P.O. Muscatello di Augusta	529
P.O. Lentini	1
TOTALE	2.619

Dati economico-finanziari

(tratti dal Conto Economico D.M. 11 febbraio 2002)

CONTO ECONOMICO

(in migliaia di euro)

CONTO ECONOMICO (in migliaia di euro)			
		2009	2010
A1	Contributi F.S.R.	604.043	602.256
A2	Entrate proprie	15.898	18.318
A3	Costi capitalizzati	4.916	5.038
		624.857	625.612
B1	Personale	189.922	192.446
B2	Produzione farmaci ed emoderivati	29.979	28.731
B3	Altri beni e servizi	26.599	29.229
B4	Beni non sanitari	2.117	2.002
B5	Servizi non sanitari	18.450	21.776
B6	Servizi sanitari	8.533	7.757
B7	Manutenzione	6.958	7.060
B8	Godimento beni di terzi	3.199	2.398
B9	Oneri diversi di gestione	3.451	2.662
B10	Ammortamenti	7.989	7.997
B11	Accantonamenti	9.183	4.732
B12	Variazione rimanenze	4.807	-1.168
		311.187	305.622
C1	Medicina di base	41.410	43.432
C2	Farmaceutica convenzionata	78.859	79.712
C3	Prestazioni da privato - ospedaliera	35.169	36.645
C4	Prestazione da privato - ambulatoriale	34.916	34.375
C5	Prestazione da privato - riabilitazione extra ospedaliera	14.500	14.890
C6	Trasporti sanitario da privato	1.723	1.681

C7	Assistenza integrativa e protesica da privato	12.616	12.923
C8	Prestazioni da privato - altro	10.039	10.746
C9	Prestazioni da pubblico	0	20
		229.232	234.424
		540.419	540.046
E1	Saldo gestione finanziaria	2.750	1.921
E2	Oneri fiscali	13.599	14.258
E3	Saldo gestione straordinaria	1.303	-41
		17.653	16.138
		558.072	556.184

3.2 Mandato istituzionale e "missione"

Ai sensi dell'art. 13 della L.R. n°5/2009, l'Azienda si integra all'interno del sistema sanitario regionale, nel rispetto dei suoi principi fondamentali, assicurando l'erogazione di prestazioni sanitarie, relative alla gestione di patologie ad alta complessità, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare e la definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico - terapeutico - assistenziali.

L'Azienda pone a fondamento della propria azione i seguenti principi:

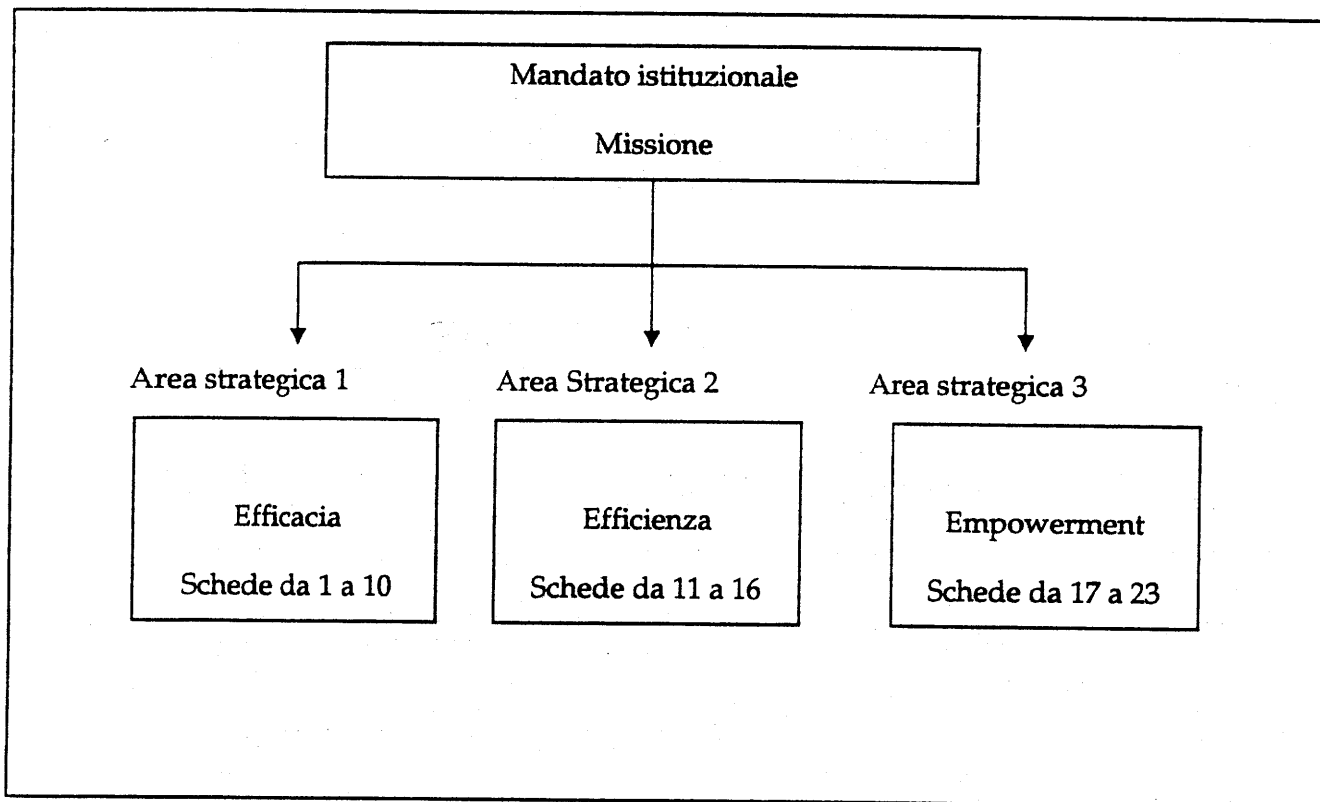
- a) rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale;
- b) centralità del valore salute e orientamento ai bisogni del paziente - utente;
- c) sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica e organizzativa;
- d) garanzia per l'utente del servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;
- e) garanzia della coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio;
- f) compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi regionali;
- g) programmazione dell'impiego delle risorse disponibili secondo criteri di costo-efficacia, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute;
- h) diffusione dell'assistenza di primo livello, al fine di assicurare in modo generalizzato e coordinato la protezione e la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili ed ai malati terminali;
- i) sviluppo del sistema di emergenza - urgenza S.U.E.S. 118 anche in relazione alla presenza della Centrale Operativa 118 e del presidio Ospedaliero Umberto I, presidio di 2° livello per l'emergenza;
- j) miglioramento continuo nell'erogazione del prodotto e nel processo produttivo;
- k) appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;

- l) valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;
- m) flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dalla comunità che insiste sul territorio di riferimento;
- n) partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti.

3.3 Albero della performance

Nella sezione dedicata all'identità viene sviluppato il primo livello dell'albero della performance rimandando alla sezione 5 per la descrizione degli obiettivi strategici ed operativi.

L'albero della performance è realizzato partendo dagli indirizzi di programmazione regionali e dagli obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale, integrate con le esigenze correlate all'analisi del contesto interno ed esterno. Partendo da tale analisi vengono definite le aree strategiche da cui derivare gli obiettivi strategici a loro volta declinati in piani e obiettivi operativi assegnati ai dirigenti.



[REDACTED]

L'attività dell'Azienda risulta caratterizzata dall'entrata in vigore delle disposizioni relative al riordino del SSR contenute nella legge regionale n°5/2009, da cui è derivata l'istituzione di una nuova realtà aziendale costituita dall'accorpamento di due preesistenti aziende sanitarie, con profonda ridefinizione dell'articolazione organizzativa e gestionale.

Il documento programmatico che ha riassunto gli obiettivi di crescita, la nuova articolazione aziendale, la missione e la vision, è stato l'Atto Aziendale, redatto nel corso dell'anno 2010 ed approvato con atto di Giunta Regionale di Governo, a cui è seguita la rideterminazione organica del personale secondo logiche moderne di governance delle risorse umane.

La visione dello sviluppo aziendale nei prossimi anni dovrà necessariamente tenere conto di numerose variabili che, in massima parte, sono esterne alla realtà organizzativa.

Prima fra tutte la variabilità della domanda sanitaria, tesa sia al soddisfacimento di bisogni di salute ma anche ad uno standard sempre più elevato per i servizi accessori (pulizia, comfort, accoglienza, cortesia, facilità di accesso e fruibilità), e per le problematiche legate alla componente strutturale degli edifici. Analogamente occorrerà sempre di più tenere conto delle istanze di natura economica tendenti alla razionalizzazione della spesa e di cui il Piano di rientro è stato già una prima fase preliminare.

L'attività dell'Azienda si caratterizza da fattori di contesto che vanno analizzati secondo la metodologia SWOT al fine di consentire la programmazione degli obiettivi a breve e medio termine.

Punti di debolezza:

- elevata fuga di pazienti verso strutture sanitarie extraprovinciali;
- critiche condizioni oro geografiche del territorio e presenza di diseguaglianze nella popolazione a causa di condizioni socio-economiche sfavorevoli;
- difficoltà legate all'accorpamento delle ex Aziende relativamente all'integrazione dei sistemi di gestione delle risorse umane e di supporto organizzativo - contabili;
- inquinamento ambientale in alcune zone ad elevato impatto antropico;
- carenza di offerta nei confronti di una casistica di elevata complessità;
- carenze strutturali e infrastrutturali necessitanti di incisivi interventi di manutenzione;
- elevato tasso di ospedalizzazione ed inappropriato uso dell'ospedale;
- scarsa diffusione della cultura organizzativa aziendale e carenza meccanismi di controllo interno.

Punti di forza:

- miglioramento del sistema sanitario regionale per effetto dell'entrata in vigore del processo di riordino e dell'emanazione di indirizzi di programmazione regionale;

- Miglioramento dei livelli di offerta per effetto della rimodulazione dei servizi su base provinciale, a seguito dell'accorpamento delle aziende preesistenti, e della soppressione di servizi duplicati e non più funzionali alle esigenze sanitarie, e di una maggiore integrazione ospedale/territorio.

Opportunità:

- Riqualificazione dei servizi a seguito dell'attivazione di nuove linee di attività;
- Miglioramento della qualità ed efficacia per effetto delle iniziative di sviluppo delle risorse umane legate all'avvio del nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance;
- Possibilità di una gestione unitaria dei servizi e dei professionisti del territorio per effetto dell'accorpamento delle preesistenti aziende;
- Sviluppo dell'assistenza territoriale extraospedaliera.

Minacce:

- Mancato rispetto dei vincoli di pareggio dei bilanci per effetto degli interventi di investimento programmati;
- Esistenza di fattori di distorsione in grado di favorire l'inappropriatezza degli interventi e la fuga dei pazienti.
- elevata incidenza della spesa farmaceutica convenzionata;
- carenza di risorse umane in rapporto agli obiettivi da perseguire.

Gli obiettivi strategici hanno lo scopo di tradurre l'identità (mandato e missione) in obiettivi misurabili e correlati ai servizi erogati. Il conseguimento degli obiettivi costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa. Gli obiettivi, strumento di governo e di conduzione aziendale, sono distinti in obiettivi strategici, riferiti ad un arco temporale di lungo periodo, ed obiettivi operativi, di breve periodo.

Per l'A.S.P. di Siracusa la definizione degli obiettivi strategici non può non essere correlata agli interventi di sistema e di potenziamento previsti dal Programma Operativo 2010-2012 della Regione Siciliana, approvato con Decreto Assessoriale n°3254 del 30 dicembre 2010, cui si rimanda per una integrale lettura. La successiva tabella riporta una sintesi degli interventi in coerenza col citato Programma Operativo che costituiscono, per l'A.S.P. di Siracusa, riferimento per la programmazione nel medio termine ed elemento di valutazione della performance.

	AZIONE	PRINCIPALI INDICATORI
Scheda n°1	<p>RIQUALIFICAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO:</p> <p>REDAZIONE DI UN PIANO PROVINCIALE CONDIVISO SULLA RIORGANIZZAZIONE DELLA DIAGNOSTICA E SUGLI INVESTIMENTI.</p>	<p>Predisposizione e condivisione con tutti gli attori della provincia di un Piano provinciale che deve includere: 1. la ricognizione delle risorse umane e tecnologiche; 2. l'analisi dell'offerta attuale, in termini sia quantitativi che qualitativi; 3. le necessarie azioni (esplicitate puntualmente e schematicamente) di riorganizzazione, corredate da definizione delle responsabilità e crono programma, 4. il Piano provinciale della riorganizzazione e degli investimenti condivisi nell'ambito della diagnostica, con una proiezione applicativa per il 2011 e per il 2012.</p>
Scheda n°2	<p>RIQUALIFICAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO:</p> <p>GESTIONE SPECIALISTICA INTEGRATA OSPEDALE - TERRITORIO SULLA CRONICITA'</p>	<p>L'obiettivo presuppone: un disegno di rete basato sull'attivazione, nei presidi ospedalieri, di un "Referente per le dimissioni facilitate", al quale le UU.OO. di degenza ed il Pronto Soccorso devono inviare una scheda di segnalazione e la relazione di dimissione da inoltrare al MMG ed al PTA-distretto di riferimento del paziente.</p>
Scheda n°3	<p>L'obiettivo integra, sul lato dell'efficienza organizzativa, quello relativo alla riqualificazione dell'offerta specialistica e integrazione ospedale territorio di cui alla scheda n. 8. Ci si propone, attraverso gli AGI, di potenziare l'offerta distrettuale relativamente alla gestione delle patologie croniche (prioritariamente Diabete Mellito e Scompensato Cardiaco), nella prospettiva di attivare la gestione integrata e il follow-up attivo (con particolare riguardo ai pazienti a medio-alta complessità) e di ridurre i ricoveri ordinari e in DH.</p>	<p>N. AGI attivati e funzionanti al 31/12/2011 secondo il crono programma.</p> <p>Si considera funzionante un AGI in grado di fornire informazioni strutturate sugli accessi.</p>

Scheda n°4	TUTELA DELLE FRAGILITA'	Percentuale di anziani trattati in ADI
Scheda n°5	TEMPESTIVITA' DI RISPOSTA DELLE COMMISSIONI DI INVALIDITA'	N. visite programmate oltre 90 gg. dopo la richiesta
Scheda n°6	APPROPRIATEZZA DELLE PROCEDURE (TIPOLOGIA DI INTERVENTO E TEMPESTIVITA') - APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi effettuati entro 48h dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 residenti nella provincia (comprese quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico). L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. • % parti cesarei su parti di donne non precesarizzate residenti nella provincia. L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. • PTCA effettuate entro il giorno (data) successivo a quello del ricovero / numero totale di IMA diagnosticati su pazienti residenti nella provincia. L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.
Scheda n°7	<p>GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</p> <p>Sub obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adozione piano aziendale per il rischio clinico in coerenza con le linee guida regionali; • Attivazione percorsi di miglioramento nell'ambito del progetto emergency department; • 	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione delle direttive regionali SI' / NO • Numero azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili e in linea con i programmi in termini di tempi e risultati/numero di azioni programmate
Scheda n°8	COPERTURA VACCINALE	% vaccinati su popolazione target
Scheda n°9	<p>SCREENING ONCOLOGICI</p> <p>Sub obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estensione • Adesione • 	<ul style="list-style-type: none"> • Popolazione invitata / popolazione target • Popolazione testata/popolazione invitata
Scheda n°10	<p>MONITORAGGI</p> <p>Su obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlli veterinari • Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervallo temporale tra gli interventi sanitari. Numero medio di giorni che intercorre tra un controllo e il successivo nelle aziende infette fino a estinzione del

	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio dei fattori di rischio comportamentali 	<p>focolaio</p> <ul style="list-style-type: none"> Numero sopralluoghi (aziende agricole e cantieri edili); numero malattie professionali trattate secondo lo standard MALPROF/numero segnalazioni 2010 A) numero interviste attese/effettuate alla data del 31.12.2011 (il n° delle interviste attese per ASP viene stabilito dalla circolare 1271 del 23.06.2010 s.m.i. – monitoraggio nazionale andamento via web http://www.pasidati.it); B) trasmissione all'OERD file tracciato record standard SIND riferito all'anno 2011 attraverso l'OEDP entro il 31 gennaio 2012 (n° SERT in grado di produrre record individuali / n°SERT previsti)
Scheda n°11	RIMODULAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA	Completamento della rimodulazione entro il 31/12 attestato tramite report delle unità operative e presidi disattivati o riconvertiti in coerenza con il piano attuativo
Scheda n°12	<p>UTILIZZO APPROPRIATO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE</p> <p>Sub obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Mobilità passiva extra regionale Tasso di ospedalizzazione Percentuali interventi in day service 	<ul style="list-style-type: none"> Numero DRG "CRITICI" prodotti nella provincia Tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti % interventi in day service sui 15 DRG tariffati come da decreti
Scheda n°13	ADEGUATEZZA DELL'ORGANICO DEDICATO ALLA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	Incremento dell'organico (numero dipendenti in dotazione organica) dedicato alle attività dell'area dipartimentale Tutela della Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro
Scheda n°14	INCREMENTO PRODUZIONE EMAZIE	Produzione totale emazie (n. unità prodotte)
Scheda n°15	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	DDD / 1000 abitanti: differenza tra dato aziendale e media nazionale
Scheda n°16	AVVIO TELECONSULTI RADIOLOGICI (PROGETTO SETT-TELERADIOLOGIA) E NEUROCHIRURGICI (PROGETTO TELETAC)	Numero di second opinion richieste
Scheda n°17	<p>RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA</p> <p>Sub obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e 	<ul style="list-style-type: none"> Numero questionari somministrati / numero dimissioni ricoveri ordinari

	<p>cura in ospedale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali • Esiti dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura in ospedale • Esiti dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali 	<ul style="list-style-type: none"> • Numero questionari somministrativi / numero utenti • Azioni a valle dell'esame dei risultati dei questionari di valutazione: <ul style="list-style-type: none"> ○ Produzione di una relazione contenente: a) l'elaborazione e analisi dei dati raccolti per U.O., per presidio e per azienda; b) azioni di miglioramento progettate; ○ Pubblicazione della relazione sul sito web aziendale entro gennaio 2012 • Azioni a valle dell'esame dei risultati dei questionari di valutazione: <ul style="list-style-type: none"> ○ Produzione di una relazione contenente: a) l'elaborazione e analisi dei dati raccolti per U.O., per presidio e per azienda; b) azioni di miglioramento progettate; ○ Pubblicazione della relazione sul sito web aziendale entro gennaio 2012
Scheda n°18	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA SULLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	<p>Numero di prestazioni critiche erogate oltre i tempi stabiliti / numero di prestazioni critiche totali erogate</p> <p>Per determinare il valore dell'indicatore si applica la formula seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data in cui la prestazione può essere erogata (prima data disponibile) - data della richiesta della prenotazione. <p>Le prestazioni critiche considerate sono quelle di cui alla tabella allegata alla presente scheda.</p>
Scheda n°19	RIORGANIZZAZIONE DELLA GESTIONE DELLE URGENZE DI COMPETENZA TERRITORIALE - Attivazione Punti di Primo Intervento (PPI)	N. PPI attivati e funzionanti al 31/12/2011 secondo il crono programma.
Scheda n°20	PATIENT SAFETY - APPLICAZIONE STANDARD JCI	Numero di piani di miglioramento inseriti a sistema / numero di elementi valutati come critici (score da 0 a 0,75) nelle autovalutazioni o nelle on site visit effettuate nel 2010.
Scheda n°21	COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE, FORMAZIONE E ASSISTENZA PER LA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	Numero di iniziative realizzate nel corso del 2011 e organizzate conformemente alle indicazioni della DG DASOE di cui alla nota prot. 5354/10 del 10/12/2010
Scheda n°22	<p>TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI VERSO GLI STAKEHOLDER</p> <p>Sub obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasmissione dei flussi all'Assessorato - Completezza dei dati trasmessi 	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di flussi completi inviati nei tempi previsti. Per il calcolo dell'Indicatore: a) al numeratore si assegnerà 1 punto per ogni flusso

	<p>all'Agenzia delle Entrate, in applicazione dell'art. 50 della legge n° 326/2003</p> <p>- Implementazione dei flussi informativi VS INPS</p>	<p>che ha raggiunto il valore atteso e 0.90 per ogni flusso che ha raggiunto il valore minimo accettabile; b) il denominatore sarà costituito dal numero dei flussi da monitorare (come da tabella allegata alla presente scheda) che è pari a 11 per le ASP e 7 per le AO. Si considereranno i flussi a decorrere, come mese di riferimento, da aprile 2011 (da trasmettere a maggio 2011). Inoltre nel caso in cui i flussi a regime (A, Day Service, C, M, E) non vengano trasmessi nei tempi, l'obiettivo non si intenderà raggiunto in ogni caso</p> <p>- % di prestazioni incomplete (senza il medico attribuito)</p> <p>- Invio sistematico dei flussi</p>
Scheda n°23	SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	Attuazione di quanto periodicamente concordato nell'ambito del tavolo tecnico degli RR.SS.PP.PP. della Regione Sicilia

Tali obiettivi non esauriscono l'ambito operativo entro cui adeguare l'attività dell'Azienda la quale, costituendo una struttura di notevole complessità organizzativa, è vincolata nel raggiungimento di una serie ulteriore di obiettivi.

In particolare, occorre fare riferimento, intanto, al cd. Piano di Rientro 2010/2012 dell'A.S.P. di Siracusa, nel cui contesto si rinvengono i seguenti ulteriori obiettivi:

1. MANOVRE IN LINEA CON LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

- Riorganizzazione della rete ospedaliera;
- Rete dei Laboratori;
- Riorganizzazione della rete territoriale;
- Procedure per il conseguimento di economie nell'acquisizione di beni e servizi;

2. MANOVRE DA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

- Razionalizzazione della spesa per il personale;
- Implementazione rete oncologica;
- Implementazione del progetto Percorso Nascita;
- Implementazione della rete di Nefrologia per l'intera A.S.P.;
- Potenziamento dell'U.O. di Urologia nel P.O. Umberto I di Siracusa;
- Potenziamento dell'U.O. di Ortopedia nel P.O. Umberto I di Siracusa;
- Potenziamento attività di emodinamica nel P.O. Umberto I di Siracusa;

- Completamento Ospedale Umberto I di Siracusa;
- Potenziamento delle attività di oculistica presso tutte le UU.OO. della rete aziendale.

A tale assetto programmatico, non può trascurarsi una serie di ulteriori finalità perseguite dall'Azienda, la cui struttura piramidale implica un processo d'azione che risulta coerente con il Piano dei Controlli 2011 il quale, a sua volta, investe le seguenti aree d'intervento:

- **Attività sanitarie - Assistenza in emergenza e urgenza in ambito ospedaliero**

I controlli relativi a tale settore di intervento rappresentano la prosecuzione dell'attività di verifica già avviata con il precedente Piano 2010; i servizi di Pronto soccorso ospedaliero saranno valutati con riguardo alle condizioni strutturali, alle dotazioni tecnologiche ed alle modalità organizzative che saranno oggetto di verifica *on-site*. L'aspetto peculiare dei controlli 2011 in questo settore di intervento è rappresentato dalla circostanza che le verifiche saranno coordinate con il programma "Patient safety & Emergency Department" che l'Assessorato della Salute realizzerà con la collaborazione di Joint Commission International.

- **Attività sanitarie - Assistenza farmaceutica in ambito ospedaliero**

Per tale settore di intervento i controlli riguardano la verifica delle modalità con le quali le Farmacie delle strutture ospedaliere attuano il monitoraggio dell'uso dei farmaci oncologici, con particolare riferimento ai farmaci che rientrano negli accordi di risk sharing.

- **Attività sanitarie - Tutela della Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro**

I controlli relativi a tale settore di intervento rappresentano la prosecuzione dell'attività di verifica già avviata con il precedente Piano 2010; l'oggetto dei controlli per l'anno 2011 riguarda la verifica dei documenti di valutazione dei rischi adottati dalle Aziende.

- **Attività sanitarie - Assistenza materno infantile in ambito ospedaliero**

In tale settore di intervento le verifiche riguarderanno i punti nascita dei Presidi Ospedalieri e le strutture assistenziali correlate, con particolare riguardo alle UTIN che saranno valutati *on-site*, con riguardo alle condizioni strutturali, alle dotazioni tecnologiche ed alle modalità organizzative.

- **Attività sanitarie - Medicina di Laboratorio**

In tale settore di intervento i controlli riguarderanno l'adeguatezza delle innovazioni organizzative introdotte nell'ambito della riorganizzazione delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio.

- **Attività amministrative - Contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture**

I controlli relativi a tale settore di intervento rappresentano la prosecuzione dell'attività di verifica già avviata con il precedente Piano 2010; l'oggetto dei controlli viene confermato, riguardando anche quest'anno i contratti di valore inferiore alla soglia comunitaria, con riferimento alla adeguatezza delle procedure di selezione del contraente e correttezza e completezza del procedimento.

- **Attività amministrative - Programmi di ricerca finanziati dal Ministero della Salute e della Regione Siciliana**

Le strutture interessate sono individuate in quelle UU.OO. convenzionate con la Regione Siciliana, per la realizzazione di programmi di ricerca finanziati dal Ministero della Salute ai sensi dell'art. 12 e 12 bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

A completamento descrittivo degli obiettivi e delle finalità perseguite dall'Azienda, coerenti con i meccanismi di controllo sopra descritti, occorre riferire che l'A.S.P. di Siracusa risulta coinvolta in una serie di progetti obiettivo di P.S.N. - anno 2010, i cui

effetti finanziari (assegnazioni) e, di conseguenza, operativi, dispiegano efficacia a partire dal corrente anno 2011.

A tal proposito, l'Assessorato Regionale della Salute, con proprio D.A. n°2175 del 07.08.2010, notificato con assessoriale n°42820 del 03.11.2010, ha erogato appositi finanziamenti destinati all'attivazione di alcune linee progettuali, che opportunamente si riportano nella seguente tabella:

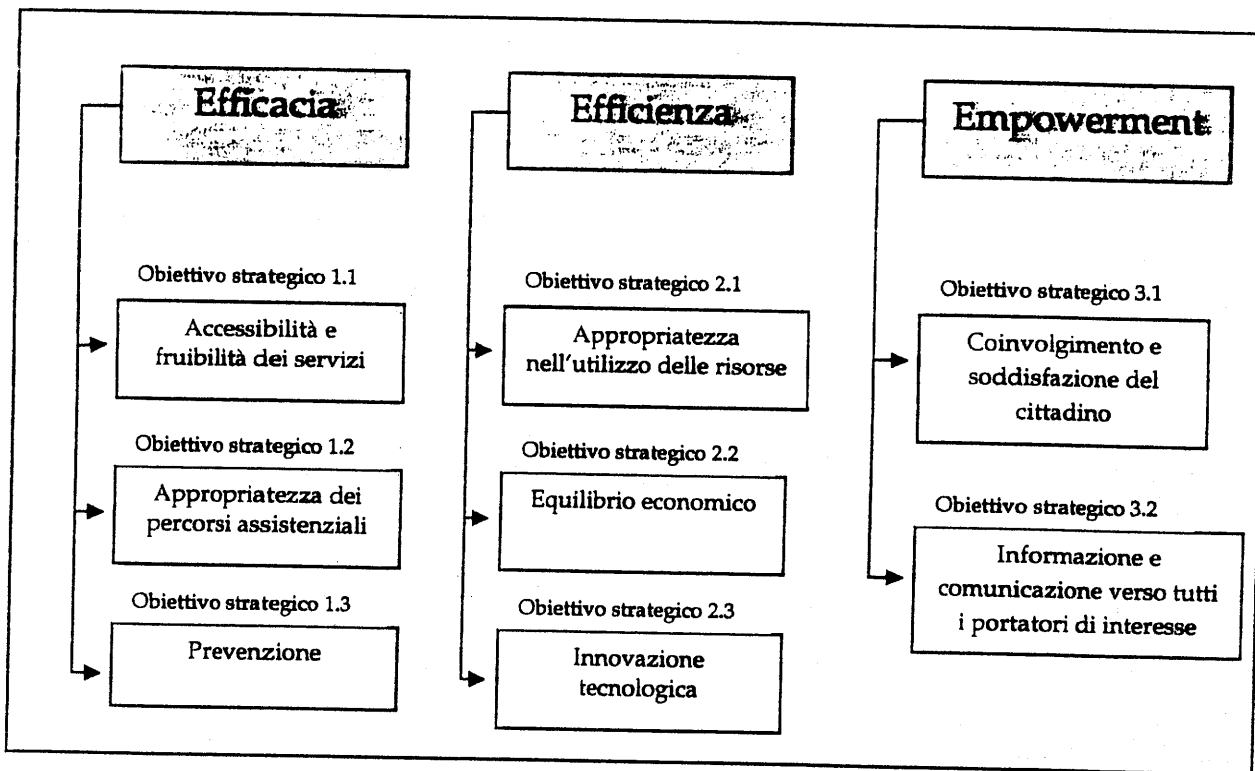
Linee progettuali	Azioni
Le cure primarie	1.1 - Assistenza H24 " riduzione degli accessi impropri al P.S. e miglioramento della rete assistenziale "
La non autosufficienza	2.0 - Incrementare i Punti Unici di Accesso (P.U.A.) sul territorio, attraverso segnalazione M.M.G., familiari, servizi sociali, utente stesso
Promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo cronico	3.1 - Percorsi assistenziali nelle Speciali Unità di Accoglienza Permanente (S.U.A.P.), per soggetti in stato vegetativo (S.V.) o in S.M.C.
Le cure palliative e terapia del dolore	4 - le cure palliative e la terapia del dolore
Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita	8 - I punti Unicef
Valorizzazione dell'apporto del Volontariato	10.6 - attivazione percorsi di formazione per personale delle Organizzazioni di Volontariato
Riabilitazione	11.2 - supporto psicologico nei reparti ad alta criticità
Salute mentale	12.2 - autismo; 12.2 - benessere minori abusati
Piano nazionale della Prevenzione	d.1 - piano prevenzione in agricoltura, selvicoltura 2010/2012; d.2 - Piano di Prevenzione Edilizia 2010-2012; d.3 - emersione delle malattie professionali in Sicilia; - screening oncologici;

	- Mappa rischio ambientale e inquinamento
--	---

Resta impregiudicata la facoltà del Direttore Generale di individuare ulteriori obiettivi di rilevante valenza strategica in aggiunta a quelli precedentemente prospettati:

Alla luce delle azioni necessarie per la realizzazione degli interventi previsti dal Programma Operativo 2010-2012, sono individuati i seguenti obiettivi strategici legati alle aree strategiche in precedenza identificate.

Ciascuna delle aree strategiche individuate concorre al raggiungimento degli indirizzi di programmazione regionale e nazionale e contribuisce al miglioramento della qualità dei servizi ed alla soddisfazione dei bisogni degli utenti assistiti.



[REDACTED]

Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il "processo di budgeting" nell'ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

Tuttavia, esso non è più sufficiente di per sé, a rendere conto dei necessari collegamenti logici con il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale previsto dal cosiddetto decreto "Brunetta" (D.Lgs. n. 150/2009).

Il nuovo sistema dovrà centrarsi sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa, indicando ogni raccordo logico per l'allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori, con conseguente outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato).

Tutto ciò ha una evidente e particolare rifluenza nell'attività della dirigenza (e non solo), chiamata a dare effettività alle previsioni citate in precedenza.

Il percorso tracciato assume comunque un aspetto "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi operativi, e consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità.

Il processo di valutazione (definizione degli obiettivi individuali - assegnazione del peso relativo a ciascuna area - misurazione del risultato - valutazione della performance con assegnazione ad una fascia di merito) viene documentato attraverso la compilazione di apposite schede per la valutazione.

La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell'O.I.V., dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget e con la conseguente attribuzione alle stesse di un punteggio di performance organizzativa, espresso in percentuale.

Il punteggio percentuale attribuito indica la quota di fondo premiale effettivamente maturata dai dipendenti dell'U.O. assegnataria di budget.

L'approvazione, da parte dell'O.I.V. (ex NAV), delle graduatorie di merito del personale del Comparto e della Dirigenza, distinte per fondi contrattuali e per ogni macro struttura aziendale, determina quindi l'assegnazione dei dipendenti ad una delle fasce di merito (minimo 3 fasce) secondo lo schema previsto dal D.Lgs. 150/2009, che potrà essere soggetto a modifica dalle direttive regionali che saranno emanate in materia e dalla contrattazione integrativa.

Fascia	Range percentuale raggiungimento obiettivi	Percentuale assegnazione premio incentivante
Alta	85 - 100%	100%
Media	60 - 84%	75%
Bassa	40 - 59%	55%

[REDACTED]

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo regionali. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di programmazione e budgeting.

Attraverso tale processo, per ciascuna delle aree strategiche e degli obiettivi strategici vengono individuati obiettivi operativi da realizzare attraverso la collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali territoriali ed ospedaliere, sia sanitarie che di supporto tecnico-amministrativo.

Attraverso opportuna reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandola con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere, in caso di scostamenti e/o criticità, eventuali correttivi.

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati ai portatori di interesse attraverso le più opportune iniziative (Comitato Consultivo Aziendale, Comitato di Partecipazione e Vigilanza, ecc).

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Aziendale con cadenza annuale e/o triennale, sulla base degli indirizzi definiti dalla Regione e delle risultanze del monitoraggio adottato.

Il percorso per l'avvio del ciclo della performance ed il coinvolgimento a cascata del personale prevede i seguenti passaggi:

- la Direzione Aziendale con il supporto dell'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione predispone specifiche schede di budget ed avvia la negoziazione con i dirigenti titolari di Centri di Responsabilità definendo le risorse necessarie, gli indicatori e la tempistica di raggiungimento degli obiettivi;
- i responsabili di Unità Operativa Complessa avranno cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti nonché tutto il personale in servizio della dirigenza e del comparto assegnato;
- nei piani di lavoro annuale vengono esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda.
- i piani di lavoro elaborati dai titolari di Centri di Responsabilità e trasmessi alla Direzione Aziendale (U.O. Programmazione e Controllo di Gestione);
- ciascun titolare di Centro di Responsabilità verifica il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale assegnato al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo

in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini della retribuzione di risultato;

- la Direzione Aziendale, attraverso gli uffici ed organi a ciò deputati, procede, secondo i tempi e le modalità previste, alla verifica e valutazione dei risultati raggiunti dalle U.O. rispetto ai contenuti dei piani annuali di lavoro ed agli obiettivi negoziati;
- Il Nucleo di Valutazione / Organismo Indipendente di Valutazione valuta a fine anno il grado di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati.

Relativamente alla valutazione della performance dei dirigenti e del personale del comparto, verranno predisposte schede di valutazione che conterranno i seguenti elementi:

- Competenze specifiche;
- Obiettivi assegnati;
- Indicatori di risultato.

Si prevede al riguardo il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali per la condivisione della metodologia di valutazione.

8.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

La redazione del Piano della performance si inserisce nel contesto del più complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza del Piano è costituito dagli indirizzi di programmazione emanati dalla Regione Siciliana, dagli obiettivi individuati ed assegnati alla direzione Generale e da quelli contenuti nell'emanando Piano Regionale per la Salute 2011-2013.

La Direzione Generale, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, definisce le proprie linee strategiche che vengono contestualizzate nel Piano della performance che riporta altresì i piani e gli obiettivi strategici ed operativi che, insieme agli indicatori e gli standard, vengono assegnati ai dirigenti titolari di centri di responsabilità attraverso un processo di concertazione.

Il Piano prevede il coinvolgimento delle seguenti funzioni:

- Direzione Aziendale

- Indirizzo strategico gestionale
- Verifica risultati.

- Organismo Indipendente di Valutazione / Nucleo di Valutazione

- Controllo ciclo di gestione della performance;
- Valutazione direttori di Dipartimento;
- Valutazione di seconda istanza dei dipendenti.

- Dirigenti con incarico di struttura

- Valutazione di prima istanza dei dipendenti.

- U.O. Programmazione e controllo di gestione

- Programmazione, budgeting e rendicontazione.

8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La coerenza dei contenuti del Piano della performance con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio va realizzata attraverso la confluenza dei percorsi annuali di programmazione delle attività e di definizione del bilancio di previsione al fine

di consentire la congruenza tra le risorse disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il Ciclo di gestione della performance prevede l'integrazione di flussi informativi, linee di indirizzo regionali e ministeriali, esigenze prioritarie legate al contesto locale.

L'implementazione del sistema della performance potrà pertanto richiedere l'aggiornamento delle strategie e degli obiettivi proposti e l'apporto di eventuali correttivi al Piano.

Nel corso del 2011, il Piano sarà eventualmente oggetto di revisione in considerazione degli obiettivi legati al Piano Regionale della Salute oltre che di altre eventuali disposizioni normative o modifiche organizzative.

Il processo legato al ciclo della performance descritto è inoltre passibile di miglioramento in relazione alla prossima istituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, con conseguente possibilità di un riesame complessivo del Piano al fine della messa a punto di attività e strumenti utili al miglioramento dello stesso.



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

Piano della Performance

Triennio 2011 – 2013

ALLEGATI TECNICI

ALLEGATO N°1

ANALISI SWOT

Analisi S.W.O.T.

Il contesto in cui opera l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è caratterizzato dall'esistenza dei seguenti fattori, che possono agire a livello delle attività delle singole strutture organizzative:

Riorganizzazione della rete ospedaliera;

Rete dei Laboratori;

Riorganizzazione della rete territoriale;

Procedure per il conseguimento di economie nell'acquisizione di beni e servizi;

Razionalizzazione della spesa per il personale:

- Limitazione del turn-over aziendale nel rispetto della normativa vigente;
- Abbattimento dello straordinario relativo al personale ausiliario;

Implementazione rete oncologica

È assolutamente indispensabile prevedere una assistenza provinciale articolata in "rete", distribuita omogeneamente sul territorio secondo un modello di "rete per Hub and Spoke" (HSP). Le UU.OO.SS. operanti in ambito territoriale dovranno afferire funzionalmente alla U.O.C. operante nel capoluogo di provincia; tale sistema consentirà di evitare la frammentazione dell'assistenza oncologica in centri non strutturali e non adeguati alla cura di una patologia complessa.

Implementazione della rete di Nefrologia per l'intera A.S.P.:

Un ulteriore intervento volto a ridurre il dato di mobilità passiva è riferito alla strutturazione ed implementazione di una nuova rete nefrologica per l'intera provincia di Siracusa, già a partire dall'anno in corso. A tal proposito sono già stati approntati dei protocolli appositi, in applicazione del D.A. del 20.09.2009, riguardante gli interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria dei pazienti con uremia terminale, coordinati con tutte le UU.OO. di riferimento.

Potenziamento dell'U.O. di Urologia nel P.O. Umberto I di Siracusa:

L'adeguamento strutturale del U.O. di urologia del P.O. Umberto I di Siracusa, anche attraverso una migliore ospitalità proveniente dalle strutture ricettive, e la dotazione di una nuova apparecchiatura laser, rappresenta un'attività di potenziamento volto a ridurre il dato di mobilità passiva verso le province con maggiore attrattività rispetto a quello di Siracusa.

Potenziamento dell'U.O. di Ortopedia nel P.O. Umberto I di Siracusa:

tale potenziamento è riferito all'attivazione di una seconda sala operatoria dedicata, presso il P.O. Umberto I, in modo da aumentare sensibilmente i volumi di attività effettivi.

Completamento Ospedale Umberto I di Siracusa:

nell'ambito delle attività di ammodernamento della rete ospedaliera della provincia di Siracusa, si porrà attenzione al completamento del P.O. Umberto I, al fine di migliorare l'attività chirurgica, di medicina generale e di dermatologia, e creare un pronto soccorso più efficiente.

Potenziamento delle attività di oculistica presso tutte le UU.OO. della rete aziendale:

la definizione della rete oculistica aziendale e di opportuni protocolli di funzionamento della stessa consentono di stimare una riduzione della mobilità passiva e un miglioramento dell'offerta sanitaria provinciale.

Potenziamento emodinamica P.O. Umberto I Siracusa: sono in fase di ulteriore sviluppo le attività di Emodinamica per il trattamento e la diagnosi delle patologie cardiache, già presenti ed operative presso il P.O. Umberto I. Esiste una elevata aspettativa da parte dell'Azienda e della collettività per il servizio che costituisce già centro di riferimento, e dovrà assicurare un miglioramento dei profili assistenziali oltre che una capacità di attrazione di pazienti delle vicine province.

Radioterapia P.O. Rizza Siracusa: l'attività è in fase di ampia progettazione. Con la piena entrata a regime l'assistenza oncologica potrà contare su importanti elementi di riqualificazione che consentiranno il trattamento di pazienti, già in carico presso le UU.OO. di quest'Azienda, oltreché di un'utenza di fuori provincia;

Percorso nascita: nel corso del 2010 sono state emanate le linee guida ministeriali sulla ottimizzazione del percorso nascita. L'applicazione delle raccomandazioni ministeriali nel contesto della provincia di Siracusa ha già comportato l'accorpamento dei punti nascita, già allocati presso il P.O. di Lentini e presso il P.O. di Augusta, in un unico punto, allocato presso il P.O. di Augusta. Resta salvo il necessario monitoraggio del numero dei parti su scala aziendale, al fine di conformarsi alle linee guida ministeriali.

Assistenza post-acuzie: la revisione della rete ospedaliera avviata nel corso del 2010 ha comportato l'allineamento dei posti letto per acuti ai parametri regionali individuati nonché la previsione di funzioni assistenziali di post acuzie per lungodegenza e riabilitazione. L'avvio di tali nuove attività, compatibilmente con le risorse di personale a disposizione, potrà consentire un miglioramento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri per acuti ed una maggiore funzione di tutela verso le fasce di popolazione più deboli.

Hospice: l'assistenza palliativa costituisce un settore che richiede azioni di sviluppo in ragione della pressoché assenza dell'A.D.I. palliativa.

Screening: il 2010 ha rappresentato l'anno di avvio della campagna di prevenzione dei tumori con il lancio di una importante campagna di informazione, oggetto di ampio apprezzamento, che ha visto il coinvolgimento di prestigiosi testimonial.

Il proseguimento delle attività di screening ed il miglioramento dei livelli di adesione raggiunti nel 2010 rappresentano per l'Azienda ed il territorio un significativo traguardo;

In considerazione di quanto sopra descritto, si riporta la tabella SWOT costruita mediante una matrice che riporta i punti di forza (Strengths), i punti di debolezza (Weaknesses), le possibilità offerte dal contesto (Opportunities) e le minacce (Threats).

SCHEDA ANALISI SWOT

<p>Strengts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento capacità di risposta per effetto del processo di riordino del S.S.R.; • Miglioramento dei livelli di offerta per effetto della rimodulazione dei servizi su base provinciale e per effetto di una maggiore integrazione ospedale / territorio 	<p>Weakness</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevata mobilità passiva; • Problematiche connesse all'accorpamento delle ex aziende sanitarie; • Condizioni oro geografiche critiche; • Inquinamento ambientale elevato in alcune zone; • Carenze di offerta per talune specialità; • Carenze strutturali ed infrastrutturali; • Elevato tasso di ospedalizzazione; • Scarsa diffusione cultura organizzativa
<p>Opportunities</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento emodinamica; • Avvio servizio di radioterapia; • Acquisizione di nuove apparecchiature diagnostiche e ammodernamento strutturale; • Riorganizzazione percorso nascita; • Potenziamento rete oncologica; • Implementazione rete oculistica; • Implementazione rete nefrologia; • Potenziamento urologia e ortopedia; • Rimodulazione dei servizi su base provinciale e sviluppo servizi territoriali e di prevenzione 	<p>Threats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vincoli economico- finanziari; • Resistenza al cambiamento; • Contenimento spesa per personale entro valori predefiniti; • Elevata incidenza spesa farmaceutica convenzionata



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

Piano della Performance

Triennio 2011 – 2013

ALLEGATI TECNICI

ALLEGATO N°2

SCHEDE OBIETTIVI/INDICATORI

SCHEDA N. 1	
OBIETTIVO	<p>RIQUALIFICAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO:</p> <p>REDAZIONE DI UN PIANO PROVINCIALE CONDIVISO SULLA RIORGANIZZAZIONE DELLA DIAGNOSTICA E SUGLI INVESTIMENTI.</p>
CRITERIO	EFFICACIA - ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'
DESCRIZIONE	Creare le premesse per una gestione unitaria della specialistica territoriale e ospedaliera da realizzarsi compiutamente nel 2012, in cui le ASP esercitano il ruolo di committenza definendo i fabbisogni per le diverse tipologie di prestazioni sulla base delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e orografiche del territorio.
PESO	3

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: Esistenza, al 31/12, di un piano articolato come descritto di seguito: SI' / NO
<p>Predisposizione e condivisione con tutti gli attori della provincia di un Piano provinciale che deve includere: 1. la ricognizione delle risorse umane e tecnologiche; 2. l'analisi dell'offerta attuale, in termini sia quantitativi che qualitativi;; 3. le necessarie azioni (esplicitate puntualmente e schematicamente) di riorganizzazione, corredate da definizione delle responsabilità e crono programma, 4. il Piano provinciale della riorganizzazione e degli investimenti condivisi nell'ambito della diagnostica, con una proiezione applicativa per il 2011 e per il 2012.</p>
VALORE OBIETTIVO: SI' (esistenza del piano)
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 3 / 3
SCALA: 0 - 1
TRACKING
<p>30/4 – Completamento della ricognizione</p> <p>30/6 – Disegno della rete</p> <p>30/9 – Redazione del piano organizzativo, da completare entro il 31/12 con il piano degli investimenti. Il Piano organizzativo deve contenere la descrizione delle azioni necessarie per realizzare il disegno della rete, corredate da crono programma e indicazione delle responsabilità.</p>

SCHEDA N. 2	
OBIETTIVO	RIQUALIFICAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO: GESTIONE SPECIALISTICA INTEGRATA OSPEDALE - TERRITORIO SULLA CRONICITA'
CRITERIO	EFFICACIA - ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'
DESCRIZIONE	Avvio della gestione specialistica integrata ospedale - territorio con particolare riferimento ai target di pazienti prioritari dimessi dagli ospedali afferenti alla ASP e dalle aziende ospedaliere insistenti sul territorio provinciale (ove presenti). I target prioritari per il 2011 sono rappresentati da: pazienti con diabete mellito di tipo 2, con scompenso cardiaco, post-ictus e post-infarto del miocardio.
PESO	5

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: Esistenza, al 31/12, di pazienti appartenenti ai target gestiti con piano integrato ospedale - territorio: SI' / NO

L'obiettivo presuppone: un disegno di rete basato sull'attivazione, nei presidi ospedalieri, di un "Referente per le dimissioni facilitate", al quale le UU.OO. di degenza ed i Pronto Soccorsi devono inviare una scheda di segnalazione e la relazione di dimissione da inoltrare al MMG ed al PTA-distretto di riferimento del paziente.

VALORE OBIETTIVO: SI' (esistenza dei primi piani di gestione integrata ospedale - territorio per i pazienti appartenenti ai target indicati)

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 5 / 5

SCALA: 0 - 1

TRACKING

31/4 - Esistenza di un piano che includa dati di contesto, disegno della rete provinciale, azioni e relative responsabilità e crono programma.

30/6 - Piena attivazione della rete di collegamento tra le UU.OO. di degenza ed il Referente delle dimissioni protette e tra questo e le strutture territoriali

01/7 - Avvio della gestione operativa

30/9 - per i pazienti con diabete mellito di tipo 2 e con scompenso cardiaco disegno condiviso

(ASP-AO-AOU) di una "rete provinciale" che differenzi gli ambulatori specialistici in funzione dell'effettiva capacità di offerta (modello hub and spoke); la definizione di processi operativi per la gestione integrata dei pazienti, che prevedano l'invio dei casi più complessi agli ambulatori operanti nei setting più attrezzati (ospedali e PTA); un sistema di monitoraggio e valutazione.

PROSPETTIVE 2012

Pieno sviluppo della rete ospedale-territorio con percorsi integrati ed estensione del disegno ad altri target di pazienti cronici o post acuti.

SCHEDA N. 3	
OBIETTIVO	ATTIVAZIONE DEGLI AMBULATORI DI GESTIONE INTEGRATA DELLE PATOLOGIE CRONICHE (AGI)
CRITERIO	EFFICACIA - ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'
DESCRIZIONE	L'obiettivo integra, sul lato dell'efficienza organizzativa, quello relativo alla riqualificazione dell'offerta specialistica e integrazione ospedale territorio di cui alla scheda n. 8. Ci si propone, attraverso gli AGI, di potenziare l'offerta distrettuale relativamente alla gestione delle patologie croniche (prioritariamente Diabete Mellito e Scopenso Cardiaco), nella prospettiva di attivare la gestione integrata e il follow-up attivo (con particolare riguardo ai pazienti a medio-alta complessità) e di ridurre i ricoveri ordinari e in DH.
PESO	7

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

<p>INDICATORE: N. AGI attivati e funzionanti al 31/12/2011 secondo il crono programma. Si considera funzionante un AGI in grado di fornire informazioni strutturate sugli accessi.</p>
<p>VALORE OBIETTIVO: 100%</p>
<p>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 7 / 7</p>
<p>SCALA: 0 - 1</p>
<p>TRACKING</p> <p>Rispetto del crono programma. Lo stato di avanzamento sarà monitorato tramite le schede legate al Progetto Obiettivo PSN, fornita alle Direzioni delle Aziende in data 11/10/2010 e inviata con Nota prot. N. 4875 del 23/11/2010. La scheda prevede i seguenti indicatori di avanzamento, propedeutici all'attivazione degli AGI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizzazione Sportello del paziente cronico; - attivazione agenda per gestione integrata; - attivazione "registro" del paziente cronico; - disegno di allocazione degli AGI; - applicazione contratti MMG; - predisposizione Scheda start-up; - piano di riqualificazione e redistribuzione specialistica.
<p>PROSPETTIVA 2012</p> <p>Nel 2012 saranno assegnati obiettivi su uno o più dei seguenti indicatori di funzionamento, che dovranno essere rilevati dalle strutture territoriali competenti (AGI) e trasmessi periodicamente al Servizio Programmazione Territoriale dell'Assessorato:</p>

- n. tot. di pazienti che afferiscono agli AGI aziendali/Popolazione residente nel territorio aziendale;
- n. di MMG aderenti al Programma di gestione integrata dei pazienti cronici/N° tot. di MMG operanti nel territorio aziendale;
- n. di pazienti con Diabete Mellito tipo 2 afferenti agli Ambulatori di gestione Integrata (AGI)/N. tot. di MMG aderenti al programma aziendale;
- n. di pazienti con Scopenso Cardiaco afferenti agli Ambulatori di gestione Integrata (AGI)/N. tot. di MMG aderenti al programma aziendale.

SCHEDA N. 4	
OBIETTIVO	TUTELA DELLE FRAGILITA'
CRITERIO	EFFICACIA - ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'
DESCRIZIONE	Sviluppare l'assistenza in ADI e RSA per la popolazione over 64.
PESO	5

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

SUB OBIETTIVO 1: LIVELLO DI ASSISTENZA
INDICATORE: Percentuale di anziani trattati in ADI
VALORE OBIETTIVO: CFR. ALLEGATO 1
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 3 / 5
SCALA: vaioe raggiunto da 0 a 75% del valore obiettivo: obiettivo non raggiunto; valore raggiunto superiore al 75% e fino al 90% del valore obiettivo: obiettivo raggiunto al 50%; valore raggiunto superiore al 90% del valore obiettivo: obiettivo raggiunto al 100%.
TRACKING Come da Programma Operativo 2010-2012, Azione 5.4
PROSPETTIVE 2012 L'obiettivo è raggiungere, entro il 2012, il target nazionale del 3,5% di casi trattati in ADI rispetto alla popolazione target, partendo da un dato 2009 (non ancora consolidato) dell'1,1%, che dovrebbe essersi incrementato nel 2010 a 1,3%, a 2,1% nel 2011 fino al 3,5% nel 2012 per un totale complessivo di 32.300 casi circa.

SUB OBIETTIVO 2: POTENZIAMENTO DELLA RETE REGIONALE DELLE RSA
INDICATORE: Numero posti disponibili al 31/12/2011
VALORE OBIETTIVO: CFR. ALLEGATO 1
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 2 / 5

SCALA: 0 - 1

TRACKING

Secondo crono programma.

PROSPETTIVE 2012

Il piano di potenziamento recepito dal Programma Operativo prevede la disponibilità, a regime, di 2.500 posti (dato regionale).

SCHEDA N. 5	
OBIETTIVO	TEMPESTIVITA' DI RISPOSTA DELLE COMMISSIONI DI INVALIDITA'
CRITERIO	EFFICACIA - ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'
DESCRIZIONE	<p>Ridurre i tempi di attesa per le visite da parte delle commissioni di invalidità, recuperando eventuali arretrati.</p> <p>L'obiettivo è perseguibile programmando l'attività insieme alle Direzioni provinciali dell'INPS, dove il ruolo dell'ASP consiste nel prendere atto delle pratiche giacenti acquisendo gli elenchi dall'INPS e nel programmare coerentemente il calendario delle sedute, in modo da evadere entro la fine del 2011 tutte le domande in giacenza da oltre 90 giorni.</p>
PESO	2

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: n. visite programmate oltre 90 gg dopo la richiesta
<p>VALORE OBIETTIVO: Ai 31/12/2011 non dovranno esserci pratiche in giacenza con visite programmate a oltre 90 giorni dalla richiesta</p> <p>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 2 / 2</p> <p>SCALA: 0 - 1</p>
<p>TRACKING</p> <p>Si suggerisce un monitoraggio mensile delle pratiche in giacenza, a partire dal mese di maggio, da concordare con l'INPS.</p>

SCHEDA N. 6	
OBIETTIVO	APPROPRIATEZZA DELLE PROCEDURE (TIPOLOGIA DI INTERVENTO E TEMPESTIVITA') - APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA
CRITERIO	EFFICACIA - APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI ASSISTENZIALI
DESCRIZIONE	Risposta territoriale (committenza) in termini di appropriatezza e tempestività degli interventi con riferimento, in particolare, alla tempestività dell'intervento chirurgico in seguito a frattura del collo del femore, tempestività di PTCA in caso di infarto miocardico acuto che ne necessiti, incidenza dei parti cesarei.
PESO	5

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

SUB OBIETTIVO 1: INTERVENTO CHIRURGICO IN SEGUITO A FRATTURA FEMORE ENTRO 48h DAL RICOVERO SU PAZIENTI OVER 65 (RIF. POPOLAZIONE RESIDENTE)

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, a oggi, non riportano l'ora del ricovero, **quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento** (quindi entro il termine massimo di 48 ore).

INDICATORE: interventi effettuati entro 48h dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 residenti nella provincia (comprese quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico). L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.

SI ALLEGA, A SEGUIRE LA PRESENTE SCHEDA, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO, descritto nel progetto MATTONI Outcome, disponibile sul sito del Ministero della Salute come modificato nel PROGETTO NAZIONALE ESITI Agenas.

Per eventuali ulteriori chiarimenti e aggiornamenti dei dati il riferimento interno all'Assessorato è il Servizio 7 del DASOE (Osservatorio epidemiologico).

VALORE OBIETTIVO: 50%

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 2 / 5

Scala

Il livello di raggiungimento dell'obiettivo è riconosciuto in funzione del valore di partenza dell'indicatore e della differenza rispetto al valore atteso del 50%. 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 50%, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

TRACKING

- Entro il 30/4: analisi dei processi coinvolti, identificazione delle cause più probabili di scostamento, pianificazione degli interventi (attività, tempi, responsabilità) per il miglioramento dell'indicatore;
- a partire dal 1/5: attuazione degli interventi programmati in funzione della pianificazione di cui al punto precedente e monitoraggio sistematico del miglioramento all'interno delle strutture.

PROSPETTIVE 2012

Nel 2012 verrà ulteriormente elevato il target, tenendo conto dei seguenti elementi:

- tutte le fratture del femore in pazienti over 65 dovrebbero essere oggetto di intervento chirurgico; i casi di non operabilità incidono per il 5% circa sul totale, quindi è ragionevole pensare che almeno il 90% dei pazienti che rientrano nel target siano operati nei tempi indicati dalle linee guida;
- la regione best performer nazionale presenta, nel 2009, un valore dell'indicatore del 74% circa, la Sicilia si colloca, insieme alla Campania, all'ultimo posto a livello nazionale, con un valore medio 2008 - 2009 del 13%, in peggioramento rispetto al biennio precedente.

Inoltre, verrà progressivamente aumentato anche il peso dell'indicatore, in quanto le azioni intraprese andranno a regime e il riassetto della struttura sanitaria regionale oggi ancora in corso verrà completato.

SUB OBIETTIVO 2: INCIDENZA PARTI CESAREI

INDICATORE: % parti cesarei su parti di donne non precesarizzate residenti nella provincia

L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente.

SI ALLEGA, A SEGUIRE LA PRESENTE SCHEDA, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO, descritto nel progetto MATTONI Outcome, disponibile sul sito del Ministero della Salute come modificato nel PROGETTO NAZIONALE ESITI Agenas.

Per eventuali ulteriori chiarimenti e aggiornamenti dei dati il riferimento interno all'Assessorato è il Servizio 7 del DASOE (Osservatorio epidemiologico).

VALORE OBIETTIVO: 20%

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 2 / 5

Scala

Il livello di raggiungimento dell'obiettivo è riconosciuto in funzione del valore di partenza

dell'indicatore e della differenza rispetto al valore atteso del 20%. 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 20%, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

TRACKING

- Entro il 30/4: analisi dei processi coinvolti, identificazione delle cause più probabili di scostamento, pianificazione degli interventi (attività, tempi, responsabilità) per il miglioramento dell'indicatore;
- a partire dal 1/5: attuazione degli interventi programmati in funzione della pianificazione di cui al punto precedente e monitoraggio sistematico del miglioramento all'interno delle strutture.

SUB OBIETTIVO 3: EFFETTUAZIONE PTCA SU PAZIENTI RICOVERATI PER INFARTO MIOCARDICO ACUTO STEMI

La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio.

Allo stato attuale dei sistemi informativi, non vengono distinti, al momento della codifica, gli infarti STEMI da quelli NON STEMI, per i quali l'angioplastica comporta invece rischio di in appropriatezza.

Per introdurre il monitoraggio si è scelto di adottare un indicatore proxy, affinando, nel corso del 2011, le modalità di rilevazione. Quale indicatore proxy è stato individuato, in coerenza con i programmi nazionali di monitoraggio, la percentuale di PTCA effettuate nel giorno successivo (data) a quello del ricovero con diagnosi certa di IMA. Quale target di riferimento, non potendo distinguere gli IMA STEMI e NON STEMI, si assume, per il 2011, il 50%.

Poiché però in teoria l'obiettivo dovrebbe essere il 100% sui soli infarti STEMI, si raccomanda l'avvio di adeguati sistemi di codifica e monitoraggio nel 2011; saranno premiate le aziende in grado di evidenziare percentuali superiori al 50% sui soli casi STEMI, e procedure alternative maggiormente appropriate nei casi NON STEMI.

INDICATORE: PTCA effettuate entro il giorno (data) successivo a quello del ricovero / numero totale di IMA diagnosticati su pazienti residenti nella provincia

L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.

SI ALLEGA, A SEGUIRE LA PRESENTE SCHEDA, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO, descritto nel progetto MATTONI Outcome, disponibile sul sito del Ministero della Salute come modificato nel PROGETTO NAZIONALE ESITI Agenas.

Per eventuali ulteriori chiarimenti e aggiornamenti dei dati il riferimento interno all'Assessorato è il Servizio 7 del DASOE (Osservatorio epidemiologico).

VALORE OBIETTIVO: 50%

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 1 / 5

L'evento è attribuito alla struttura che per prima ha visto il paziente, anche se l'intervento è avvenuto in una struttura diversa.

Scala

Il livello di raggiungimento dell'obiettivo è riconosciuto in funzione del valore di partenza dell'indicatore e della differenza rispetto al valore atteso del 50%. 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 50%, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

TRACKING

- Entro il 30/4: analisi dei processi coinvolti, identificazione delle cause più probabili di scostamento, pianificazione degli interventi (attività, tempi, responsabilità) per il miglioramento dell'indicatore;
- a partire dal 1/5: attuazione degli interventi programmati in funzione della pianificazione di cui al punto precedente e monitoraggio sistematico del miglioramento all'interno delle strutture.

PROSPETTIVE 2012

Nel 2012 verrà raffinato l'indicatore esprimendo il tempo in numero di ore intercorrenti tra la diagnosi e l'intervento e limitandolo agli IMA STEMI.

Inoltre, verrà progressivamente aumentato anche il peso dell'indicatore, in quanto le azioni intraprese andranno a regime e il riassetto della struttura sanitaria regionale oggi ancora in corso verrà completato.

INCENTIVAZIONE A UN APPROCCIO SISTEMICO

Al di là del peso assoluto assegnato a ogni sotto obiettivo della presente scheda, l'Assessorato incentiva:

Un approccio di tipo sistemico, riconoscendo un incremento del 100% sul punteggio totale ottenuto sui tre indicatori se per tutti e tre è stato conseguito un valore superiore al 70%.

ALLEGATI ALLA SCHEDA 6

INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 48 ORE A SEGUITO DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE NELL'ANZIANO (STRUTTURA DI RICOVERO)

PROTOCOLLO OPERATIVO

- Definizione

Per struttura di ricovero: proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.

- Fonti informative

La fonte dei dati è il SIO.

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2008 e il 30 novembre 2009;
- intervallo di tempo libero da intervento ("t"), definito a partire dalla 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 ammissione del ricovero indice.

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, con dimissione tra il 1 gennaio 2008 e il 30 novembre 2009.

Criteri di esclusione

- ricoveri precedenti 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 nella Regione;

- 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) 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 48 ore (differenza tra la data di intervento e la data del ricovero) a seguito di frattura del collo del femore.

Attribuzione dell'esito

L'esito viene attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero.

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche"

I fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment comprendono: il genere, l'età ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nel ricovero in esame (ricovero indice) e in tutti i precedenti ricoveri.

Condizione	Codice ICD9-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
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)	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
Osteoporosi	733.0	733.0

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

PROTOCOLLO OPERATIVO

- *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:

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{parti cesarei primari}}{\text{N}^{\circ}\text{parti con nessun pregresso cesareo}} \cdot 100$$

- *Fonti informative*

Le fonti dei dati sono il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2008 e il 31 dicembre 2009;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto.

Selezione della coorte

Criteria di eleggibilità

Tutte le dimissioni delle donne che hanno partorito in un ospedale della regione tra il 1 gennaio 2008 e il 31 dicembre 2009 (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), linkate con i nati da CedAP.

Criteria di esclusione

- o 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] o dal CedAP;
- o tutte le dimissioni di donne non residenti nella regione;
- o tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni;
- o 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)] o dal CedAP [variabile: vitalità del neonato].

Linkage CedAP-SIO

Una procedura di record linkage tra CedAP e SIO è impiegata per la selezione della coorte. I nati identificati nel CedAP (nel caso di parti gemellari viene considerato un solo nato) sono linkati con le SDO delle madri.

Le informazioni desunte dal CedAP e dalla SDO sono utilizzate congiuntamente per identificare il primo parto cesareo di una donna, per escludere i nati morti e ai fini del risk adjustment.

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 da CedAP [variabile: tipo di parto o codici ICD-9-CM di diagnosi: V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01].

Identificazione di potenziali fattori di rischio per il cesareo

Tra i potenziali fattori di rischio per il cesareo, utilizzabili ai fini del risk adjustment, diverse variabili relative alla madre e, in alcuni casi, al feto, possono essere estratte dalla SDO materna. Alcune variabili relative alla madre, al padre e al feto possono essere desunte anche dal CedAP.

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], titolo di studio della madre [variabile da SDO o CedAP] e del padre [variabile da CedAP];
- comorbidità della madre e fattori relativi al feto.

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)
Diretti 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
Iipertensione 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 perchè questa diagnosi può riflettere giustificazioni successive dell'uso del cesareo.

I seguenti fattori di rischio relativi alla madre e al feto sono derivabili dal CedAP:

- Aborti precedenti + nati morti precedenti (si, no)
- Età gestazionale [in settimane finite; ≤ 37; da 38 a 41 (riferimento); ≥ 42]
- Presentazione del feto [riferimento: vertice]
- Peso alla nascita [<1500 (molto basso); 1500-2499 (basso); 2500-3999 (normale: riferimento); 4000-4499 (alto); ≥ 4500 (molto alto)]
- Malformazioni alla nascita (si, no)

PROPORZIONE DI INFARTI MIOCARDICI ACUTI (IMA) TRATTATI CON ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ENTRO 48 ORE (ENTRO LE ORE 24 DEL GIORNO SUCCESSIVO A QUELLO DEL RICOVERO)

PROTOCOLLO OPERATIVO

- Definizione

Per struttura di ricovero: *proporzione di episodi di IMA trattati con PTCA entro 48 ore (entro le ore 24 del giorno successivo a quello del ricovero).*

In questo contesto l'intervallo di 48 ore è definito a partire dalla data del primo ricovero del paziente in ospedale per un episodio di IMA.

L'episodio di IMA è costituito da tutti i ricoveri ospedalieri avvenuti entro 8 settimane dalla data del primo ricovero per IMA (ricovero indice).

- Numeratore

Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 48 ore (**giorno successivo a quello del ricovero**).

- Denominatore

Numero di episodi di IMA.

- Fonti informative

La fonte dei dati è il SIO.

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2008 – 30 novembre 2009;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di ammissione del ricovero indice.

Selezione della coorte

Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario, avvenuti in strutture della regione, con dimissione tra il 1 gennaio 2008 – 30 novembre 2009, 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	Condizione
411	Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica
413	Angina pectoris
414	Altre forme di cardiopatia ischemica cronica
423.0	Emopericardio
426	Disturbi della conduzione
427, escluso 427.5	Aritmie cardiache
428	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 nella Regione;
- 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 8 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi di IMA;
- 5) ricoveri per trasferimento da altra struttura.

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 struttura che ha effettuato la PTCA.

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche" e di condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

- * I fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nell'episodio di IMA entro 30 giorni dalla data di ammissione del ricovero indice e nei ricoveri dei 2 anni precedenti a partire dalla data di ammissione del ricovero indice.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nell'episodio di IMA	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0-208.9	140.0-208.9
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)		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)	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, 36.0, 00.66
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

SCHEDA N. 7	
OBIETTIVO	GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
CRITERIO	EFFICACIA - APPROPRIATEZZA - Gestione rischio clinico
DESCRIZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Piano aziendale per la gestione del rischio clinico e l'adozione delle buone pratiche; - Implementazione dei piani di miglioramento nell'ambito del Progetto Emergency Department, volto alla valutazione dei principali Pronto Soccorso secondo gli standard JCI e alla successiva individuazione e attuazione di interventi organizzativi e soluzioni operative per migliorare la performance.
PESO	3

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

SUB OBIETTIVO 1: ADOZIONE DEL PIANO AZIENDALE PER IL RISCHIO CLINICA IN COERENZA CON LE LINEE GUIDA REGIONALI
INDICATORE: Applicazione delle direttive regionali SI' / NO
VALORE OBIETTIVO: SI' (direttive regionali correttamente applicate). Le direttive regionali sono fornite con DA.
Scala: 0 - 1
TRACKING
Come da DA attuativo e relative linee guida.

SUB OBIETTIVO 2: ATTIVAZIONE DEI PERCORSI DI MIGLIORAMENTO NELL'AMBITO DEL PROGETTO EMERGENCY DEPARTMENT
INDICATORE: Numero azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili e in linea con i programmi in termini di tempi e risultati/numero di azioni programmate
VALORE OBIETTIVO: 100%
Scala: 0 - 1
TRACKING
Come da Progetto Emergency Department.

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 3 / 3

L'ottenimento dei tre punti comporta il raggiungimento di entrambi i sub obiettivi.

SCHEDA N. 8	
OBIETTIVO	COPERTURA VACCINALE
CRITERIO	EFFICACIA - PREVENZIONE
DESCRIZIONE	Copertura antinfluenzale, MPR, HPV.
PESO	2

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: % vaccinati su popolazione target
VALORE OBIETTIVO: Allegato A tabella 2 DA 01819 del 13 luglio 2010
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 2 / 2
TRACKING
Non rilevante.

SCHEDA N. 9	
OBIETTIVO	SCREENING ONCOLOGICI
CRITERIO	EFFICACIA - PREVENZIONE
DESCRIZIONE	Estensione degli screening a cervice uterina, mammella, colon retto; adesione ai relativi inviti.
PESO	4

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

SUB OBIETTIVO 1: ESTENSIONE
INDICATORE: Popolazione invitata / popolazione target
VALORI OBIETTIVO: CFR ALLEGATO 1
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 2 / 4
Scaia
Il punteggio è riconosciuto al 100% se viene raggiunto il valore obiettivo per i tre screening, e decurtato proporzionalmente all'eventuale minor valore dell'indicatore su uno o due di essi.
Se per nessuna delle tipologie di screening viene raggiunto il valore obiettivo, il punteggio assegnato sul sub obiettivo sarà zero.
TRACKING - Per ogni trimestre, inviti a una percentuale della popolazione target pari al 25% del valore obiettivo.

SUB OBIETTIVO 2: ADESIONE
INDICATORE: Popolazione testata / popolazione invitata
VALORI OBIETTIVO: CFR. ALLEGATO 1
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 2 / 4
Scala
Il punteggio è riconosciuto al 100% se viene raggiunto il valore obiettivo per i tre screening, e decurtato proporzionalmente all'eventuale minor valore dell'indicatore su uno o due di essi.
Se per nessuna delle tipologie di screening viene raggiunto il valore obiettivo, il punteggio

assegnato sul sub obiettivo sarà zero.

TRACKING - Per ogni trimestre, adesioni corrispondenti alla percentuale obiettivo sugli inviti.

NOTA

Alcune ASP fanno osservare la carenza di capacità produttiva (mammografi, radiologi formati, orario di lavoro del personale dedicato): l'obiettivo può essere perseguito anche tramite accordi con strutture private e/o Aziende Ospedaliere presenti sul territorio.

SCHEDA N. 10	
OBIETTIVO	MONITORAGGI
CRITERIO	EFFICACIA - PREVENZIONE
DESCRIZIONE	Monitoraggio della regolarità e sistematicità dei controlli veterinari presso le aziende di allevamento bovine e ovicaprine; delle ispezioni presso le aziende agricole e i cantieri edili per l'attuazione del Patto per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; delle malattie professionali; dei fattori di rischio comportamentali (dipendenze).
PESO	7

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

SUB OBIETTIVO 1: CONTROLLI VETERINARI
Rispetto dei tempi di ricontrollo delle aziende bovine e ovicaprine infette da brucellosi e/o tubercolosi.
INDICATORE: intervallo temporale tra gli interventi sanitari. Numero medio di giorni che intercorre tra un controllo e il successivo nelle aziende infette fino a estinzione del focolaio.
VALORE OBIETTIVO: Brucellosi: uguale o inferiore a 50 gg.; Tubercolosi: uguale o inferiore a 75 gg.
Scala
Per questo obiettivo si applica una scala discreta riconoscendo livelli di raggiungimento parziali:
Brucellosi: da 51 a 55 giorni: obiettivo raggiunto al 75%; da 56 a 60 giorni: obiettivo raggiunto al 50%; oltre 60 giorni: obiettivo non raggiunto.
Tubercolosi: da 76 a 80 giorni: obiettivo raggiunto al 75%; da 81 a 85 giorni: obiettivo raggiunto al 50%; oltre 80 giorni: obiettivo non raggiunto.
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 2 / 7
TRACKING
I tempi di ricontrollo dovrebbero essere allineati all'obiettivo fin dal primo trimestre per tutte le aziende in cui è stato accertato un focolaio.

SUB OBIETTIVO 2: SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

INDICATORI: Numero sopralluoghi (aziende agricole e cantieri edili); Numero malattie professionali trattate secondo lo standard "MALPROF"/ numero segnalazioni 2010.

VALORE OBIETTIVO:

ispezioni: aziende agricole e cantieri edili: CFR ALLEGATO 1

Ai valori obiettivo stabiliti per il 2011 si aggiungono le aziende agricole e i cantieri edili i cui controlli programmati nel 2010 non sono stati effettuati;

malattie professionali: 50%

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 3 / 7 (un punto per ogni tipologia di controllo)

Scala: 0 – 1 (adempimenti parziali non danno luogo a un riconoscimento parziale del raggiungimento dell'obiettivo)

TRACKING

Effettuazione, in ogni trimestre, del 25% dell'attività programmata.

SUB OBIETTIVO 3: MONITORAGGIO DEI FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI

Attuazione del programma regionale formalizzato con circolari assessoriale n. 1271 del 23/6/10 con cui sono state impartite direttive alle ASP per lo sviluppo del sistema di sorveglianza sui fattori di rischio modificabili e la trasmissione dei dati a livello centrale.

Esiste un sistema di monitoraggio informatizzato che consente di rilevare al livello regionale in tempo reale via web l'andamento continuo dell'esecuzione delle interviste, rilevando il relativo indice di operatività (PASSI)

Relativamente ai FR legati alla diffusione delle sostanze d'abuso il DM del 11/6/2010 del Ministero della Salute prevede l'attivazione di un sistema informativo nazionale sulle dipendenze patologiche in grado di fornire gli indicatori standard richiesti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze.

La Regione con Circolare 1259/09 ha avviato un programma regionale per il rafforzamento della sorveglianza in materia attraverso la attivazione di una rete di osservazione articolata su base provinciale che fa capo ai Servizi per le Dipendenze (OERD/OEDP).

Annualmente vanno inviati all'OER gli output basati sui record individuali ed il valore atteso di copertura è il 100% dei sert attivi.

INDICATORI: a) n. interviste attese/effettuate alla data del 31/12/2011 (il n.ro interviste attese per ASP viene stabilito dalla circolare 1271 del 23/6/10 e successive modifiche - monitoraggio

nazionale andamento via web <http://www.passidati.it>);

b) trasmissione all'OERD file tracciato record standard SIND riferito all'anno 2011 attraverso l'OEDP entro il 31 gennaio12 (n. sert in grado di produrre record individuali/n. sert previsti)

VALORE OBIETTIVO: 100% per entrambi gli indicatori. Il raggiungimento dell'obiettivo su uno solo degli indicatori comporta il riconoscimento del punteggio al 50%.

PUNTEGGIO DI OGNI INDICATORE 2 / 7

TRACKING

Sul primo indicatore la progressione nell'anno dovrebbe essere lineare, mentre per il secondo è prevista una scadenza da rispettare.

OBIETTIVI DI EFFICIENZA – SCHEDE 11 - 16

Gli obiettivi di efficienza riguardano:

- Appropriatelyzza nell'utilizzo delle risorse
- Equilibrio economico
- Innovazione tecnologica

SCHEDA N. 11	
OBIETTIVO	RIMODULAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA
CRITERIO	EFFICIENZA - EFFICIENZA ORGANIZZATIVA - Appropriately utilizzo risorse
DESCRIZIONE	Realizzazione del piano attuativo per il completamento della rimodulazione della rete ospedaliera
PESO	4

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

<p>INDICATORE: Completamento della rimodulazione entro il 31/12 attestato tramite report delle unità operative e presidi disattivati o riconvertiti in coerenza con il piano attuativo: SI' / NO</p>
<p>VALORE OBIETTIVO: SI' (rimodulazione completata nei tempi previsti)</p>
<p>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 4 / 4</p>
<p>TRACKING</p> <p>Rispetto del crono programma condiviso con il Servizio Programmazione Ospedaliera dell'Assessorato, sia per le dismissioni che per gli accorpamenti e le attivazioni.</p> <p>In particolare, il Piano attuativo prevede, come tappe intermedie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro il 31/12/2010 dismissione delle funzioni non più previste nei DA di rimodulazione nella misura del 10%; - entro il 30/6/2011 accorpamento delle UOC come previsto nei decreti di rimodulazione a livello aziendale e dismissione delle funzioni non più previste nei DA di rimodulazione nella misura di un ulteriore 70%; - entro il 31/12/2011 completamento della dismissione delle funzioni non più previste nei DA di rimodulazione nella misura del restante 20% e report delle unità operative/presidi disattivati/riconvertiti. <p>A queste scadenze, indicate nel Piano Operativo Regionale, si aggiungono quelle concordate con l'Assessorato relative alle attivazioni.</p>

SCHEDA N. 12	
OBIETTIVO	UTILIZZO APPROPRIATO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE
CRITERIO	EFFICIENZA - EFFICIENZA ORGANIZZATIVA - Appropriately utilizzo risorse
DESCRIZIONE	Riduzione della mobilità passiva aumentando i ricoveri sui DRG critici e contestuale convergenza del tasso di ospedalizzazione verso quello previsto dal Patto per la Salute. L'obiettivo è definito a livello provinciale, quindi presuppone una pianificazione congiunta ASP - Aziende Ospedaliere.
PESO	4

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

SUB OBIETTIVO 1: MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE
Non potendo misurare direttamente – in tempi coerenti con l'orizzonte temporale relativo agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali – i risultati raggiunti sull'obiettivo che si intende realizzare (riduzione della mobilità passiva extraregionale) vengono utilizzati indicatori che ne rappresentino una determinante significativa (si tratta di assumere una correlazione diretta tra dinamica delle determinanti e dinamica del risultato); quale indicatore driver si propone l'incremento dei DRG con più elevati tassi di fuga.
INDICATORE: Numero DRG "CRITICI" prodotti nella provincia
VALORI OBIETTIVO (ricoveri ordinari + DH/DS + DSAO per i DRG che lo prevedono): CFR ALLEGATO 1
TRACKING
Per ogni trimestre, verifica dell'incremento rispetto all'omologo trimestre del 2010.

SUB OBIETTIVO 2: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE
INDICATORE: tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti
VALORE OBIETTIVO: CFR ALLEGATO 1
Scala: 0 - 1
TRACKING
La verifica è possibile solo a fine anno.

SUB OBIETTIVO 3: PERCENTUALI INTERVENTI IN DAY SERVICE

I Decreti Assessoriali in materia (11 maggio 2009, 19 marzo 2010, 5 novembre 2010) hanno indicato, per 15 DRG a elevato rischio di inappropriatazza, la percentuale di interventi da eseguire in day service e le relative tariffe

INDICATORE: % interventi in day service sui 15 DRG tariffati come da decreti citati

VALORE OBIETTIVO E SCALA: rispetto dei valori attesi (da DA) per i 15 DRG

Il livello di raggiungimento dell'obiettivo sarà calcolato come media ponderata delle percentuali realizzate su ogni DRG rispetto al valore atteso dell'indicatore.

TRACKING

La percentuale di interventi in Day Service dovrebbe corrispondere all'obiettivo in ogni periodo.

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: Il punteggio di 4 punti è assegnato alla combinazione dei tre obiettivi.

Scala

Il sub obiettivo 1 si considera raggiunto se i DRG totali prodotti (somma dei casi) sono complessivamente superiori all'80% di quelli previsti.

Il sub obiettivo 2 si considera raggiunto se il tasso di ospedalizzazione indicato non viene superato.

Il sub obiettivo 3 si considera raggiunto se il livello complessivo di realizzazione come da valore obiettivo sopra riportato è superiore all'80% (somma dei casi trattati in DSAO sui 15 DRG tariffati / totale casi trattati in RO + DH + DS + DSAO relativi agli stessi DRG).

Raggiungimento di 2 sub obiettivi su 3: riconoscimento del 50% del valore dell'indicatore

Raggiungimento di 3 sub obiettivi su 3: riconoscimento del 100% del valore dell'indicatore

NOTA

Alcune aziende fanno osservare che nell'ambito dei DRG tariffati per il DSAO alcuni codici diagnosi / procedure dovrebbero essere esclusi (es. oncologia pediatrica). La sperimentazione porterà, probabilmente, a una revisione dei decreti. Se tale revisione sarà effettuata in corso d'anno, nella determinazione del livello di raggiungimento degli obiettivi se ne terrà conto con efficacia dal 1/1/2011. In ogni caso, poiché i decreti indicano un percentuale minima di interventi

da effettuare in DSAO per ogni DRG, si ritiene che tale percentuale tenga conto dei codici diagnosi e procedura da effettuarsi in regime ordinario o Day Hospital.

ALLEGATI ALLA SCHEDA 12

Dati ospedalizzazione per provincia 2009 – 2010

Regione Siciliana, distribuzione ricoveri anno 2009				
PROVINCIA	Popolazione ISTAT 2009 (a)	Ricoveri totali (*) anno 2009 (b)	Ricoveri fuori regione (c)	Tasso Ospedalizzaz. (b+c/a) x 1000
Agrigento	455.083	78.454	6.688	187,1
Caltanissetta	272.289	63.885	3.981	249,2
Catania	1.084.977	234.009	8.629	223,6
Enna	173.515	45.990	1.764	275,2
Messina	654.601	144.097	9.529	234,7
Palermo	1.244.680	221.845	10.828	186,9
Ragusa	313.901	59.245	3.792	200,8
Siracusa	402.840	79.939	4.680	210,1
Trapani	435.913	78.027	7.325	195,8
Totale	5.037.799	1.005.491	57.216	210,9

(*) esclusi reparti nido e hospice

Regione Siciliana, distribuzione ricoveri anno 2010				
PROVINCIA	Popolazione ISTAT 2010 (a)	Ricoveri totali (*) anno 2009 (b)	Ricoveri fuori regione - stima (c)	Tasso Ospedalizzaz. (b+c/a) x 1000
Agrigento	454.593	71.597	6.000	170,7
Caltanissetta	272.052	55.073	4.000	217,1
Catania	1.087.682	203.546	8.500	195,0
Enna	173.009	40.151	1.800	242,5
Messina	653.810	125.789	9.500	206,9
Palermo	1.246.094	193.916	11.100	164,5
Ragusa	316.113	54.956	3.500	184,9
Siracusa	403.356	72.571	4.500	191,1
Trapani	436.283	66.744	7.000	169,0
Totale	5.042.992	884.343	55.900	186,4

(*) esclusi reparti nido e hospice

Dati mobilità extraregionale per provincia anno 2009

Si allega fine excel

SCHEDA N. 13	
OBIETTIVO	ADEGUATEZZA DELL'ORGANICO DEDICATO ALLA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO
CRITERIO	EFFICIENZA - EFFICIENZA ORGANIZZATIVA - Adeguatezza dimensionamento risorse
DESCRIZIONE	Applicazione a regime della Circolare Assessoriale 1274 del 4/8/2010
PESO	2

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: incremento dell'organico (numero dipendenti in dotazione organica) dedicato alle attività dell'area dipartimentale Tutela della Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro
VALORE OBIETTIVO: inserimento del 50% della differenza tra <u>dotazione organica al 31/12/2010</u> e previsione a regime contenuta nella citata Circolare Assessoriale.
NB – Trattandosi di dotazione organica, sono escluse dal computo le collaborazioni esterne, anche quelle coordinate e continuative, che dovranno, ove necessario, essere trasformati in dotazione organica.
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 2 / 2
TRACKING Inserimento del 10% delle persone previste nel primo trimestre e del 30% in ognuno dei trimestri successivi.
PROSPETTIVA 2012 Completamento dell'organico come da Circolare Assessoriale.

SCHEDA N. 14	
OBIETTIVO	INCREMENTO PRODUZIONE EMAZIE
CRITERIO	EFFICIENZA - EFFICIENZA ECONOMICA - Equilibrio economico
DESCRIZIONE	<p>Il sistema trasfusionale siciliano sta subendo profonde innovazioni interne connesse alle esigenze che la Legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009 ha prodotto allo scopo di rendere compatibile l'equilibrio economico del S.S.R. con l'obiettivo di una riqualificazione dell'offerta assistenziale.</p> <p>La risorsa sangue, per sua stessa natura limitata ed indispensabile per la cura di pazienti critici e cronici, troverà sempre maggiori ambiti di richiesta all'interno di percorsi assistenziali sempre più complessi a causa della continua evoluzione della conoscenza e della tecnologia. I dati nazionali documentano, peraltro, la relazione tra il grado di complessità delle prestazioni sanitarie e i gli indici di consumo delle emazie.</p> <p>La Regione Sicilia, non autosufficiente, viene costretta ad una compensazione interregionale che è destinata a confrontarsi attualmente con una minore disponibilità alla cessione da parte di regioni storicamente eccedentarie.</p> <p>Gli standard dell'OMS identificano in 40 concentrati di emazie / 1000 abitanti il livello al di sotto del quale l'indice di produzione si rivela insufficiente a supportare l'offerta assistenziale riconducendola agli standard dei paesi del mondo occidentale. Nell'anno 2009 l'Indice di Produzione (I.P.) regionale si è attestato al 35,25 / 1000, con un gradiente di variabilità regionale che, sebbene adeguato all'esigenza assistenziale offerta in talune provincie si rivela inadeguato a supportare i consumi maggiori presenti nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina. A ciò si aggiunge che nelle aree provinciali di Catania e Messina l'aumentato consumo derivante da complessità confligge con indici di produzione del tutto insufficienti a supportare il case mix delle aree metropolitane relative.</p> <p>L'obiettivo dell'autosufficienza è previsto dal Piano Regionale Sangue e Plasma (D.A. 1141 del 28/04/2010).</p>
PESO	3

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: Produzione totale emazie (n. unità prodotte)
VALORE OBIETTIVO: CFR. ALLEGATO 1
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 3 / 3

TRACKING

Il monitoraggio periodico dell'obiettivo risulterà assicurato dai flussi informativi afferenti al Servizio Trasfusionale e forniti con cadenza trimestrale. Tali flussi d'informazione risulteranno altresì inseriti e validati da parte dello stesso Servizio sulla piattaforma web del Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA) residente presso l'Istituto Superiore di Sanità.

L'andamento della produzione dovrebbe essere lineare, cioè la produzione di ogni trimestre dovrebbe essere pari al 25% del valore obiettivo dell'anno.

SCHEDA N. 15	
OBIETTIVO	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA
CRITERIO	EFFICIENZA - EFFICIENZA - EFFICIENZA ECONOMICA - Equilibrio economico
DESCRIZIONE	Fermo restando quanto disposto dal DA 3107/10 relativamente alle prescrizioni di farmaci equivalenti, attraverso specifici accordi con MMG e PLS la ASP deve allineare i propri consumi, per le categorie di cui al citato Decreto nonché per antibiotici ed EBPM, alla media nazionale sulla base dei dati OSMED. Per l'anno 2011 si richiede una riduzione significativa della distanza dalla media nazionale.
PESO	3

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: DDD / 1000 abitanti: differenza tra dato aziendale e media nazionale
VALORE OBIETTIVO: recupero del 40% del gap tra consumo 2010 e media nazionale
Scala: in corrispondenza di un recupero del 25% del gap tra consumo 2010 e media nazionale sarà riconosciuto un raggiungimento del 50%; tra tale valore minimo e il valore atteso il livello di raggiungimento riconosciuto cresce con funzione lineare.
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 3 / 3
TRACKING
Entro il 30/6: operatività degli accordi.
Al 30/9: riduzione del 50% tra il valore di partenza e la media nazionale.

SCHEDA N. 16	
OBIETTIVO	AVVIO TELECONSULTI RADIOLOGICI (PROGETTO SETT-TELERADIOLOGIA) E NEUROCHIRURGICI (PROGETTO TELETAC)
CRITERIO	EFFICIENZA - EFFICIENZA ORGANIZZATIVA - Innovazione tecnologica
DESCRIZIONE	<p><u>SETT - Telemedicina</u></p> <p>La componente di Telemedicina del progetto SETT è stata finalizzata all'avvio di un progetto pilota di Teleradiologia, che realizza un sistema di trasmissione a distanza di immagini radiologiche per l'erogazione di un servizio di teleconsulto radiologico di "second opinion", collegando in rete due Centri di Riferimento regionale (CRIF) e dodici Strutture Sanitarie Periferiche (SSP).</p> <p>Le attività sviluppate già dal 2007 per la realizzazione del progetto hanno individuato i 2 CRIF presso l'A.O.U. Paolo Giaccone di Palermo, Dipartimento di Scienze radiologiche, e presso l'A.O.U. Vittorio Emanuele di Catania, U.O. di radiodiagnostica, dotati di infrastruttura di rete consolidata e di sistemi informatizzati per la gestione completa delle immagini e della refertazione. Le Strutture Sanitarie Periferiche sono in ogni ASP.</p> <p><u>Teletac (solo per le asp di AG, PA, TP)</u></p> <p>Il progetto Teletac è finalizzato alla creazione di una rete telematica regionale per il teleconsulto e la valutazione dell'indicazione chirurgica dei pazienti neurolesi gravi.</p> <p>Le Strutture Eroganti (ARNAS CIVICO - DI CRISTINA - BENEFRATELLI di PALERMO e AO VILLA SOFIA - CERVELLO di PALERMO) si impegnano ad assicurare per mezzo delle proprie UU.OO. specialistiche il servizio teleconsulto neurochirurgico in h 24 per 365 giorni. A tal fine attiveranno linee telefonica e fax riservate e dedicate al servizio di teleconsulto presso le rispettive Neurochirurgie, che svolgono la funzioni di hub del progetto.</p> <p>Le Strutture Richiedenti (AASSPP di Palermo, Agrigento e Trapani, oltre alla Fondazione Istituto San Raffaele di Cefalù) si faranno carico di assicurare la corretta ed esaustiva compilazione delle richieste telematiche di consulenza.</p> <p>NOTA - L'obiettivo, in particolare quello relativo alla tele radiologia, è volto a promuovere la formazione di una comunità professionale per la quale lo scambio di opinioni sia prassi quotidiana. Questa è infatti la finalità ultima dell'investimento effettuato.</p> <p>Per questa ragione l'obiettivo è assegnato, per il 2011, in termini di numero di second opinion richieste, indipendentemente dalla tipologia di diagnosi e quindi dalla effettiva necessità. Sulla base dei risultati di tale sperimentazione, verranno definiti, negli anni successivi, obiettivi più mirati.</p>

PESO	4
------	---

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO ASP

INDICATORE: Numero di second opinion richieste

TELECONSULTO RADIOLOGICO

VALORE OBIETTIVO: CFR ALLEGATO 1 (valore minimo e valore atteso)

Scala

Sotto il valore minimo: obiettivo non raggiunto;

sopra il valore minimo e fino al 70% del valore atteso: obiettivo raggiunto al 50%;

sopra il 70% del valore atteso e fino al 90% del valore atteso: obiettivo raggiunto al 75%;

sopra il 90% del valore atteso e fino al raggiungimento del valore atteso: obiettivo raggiunto al 100%

Sopra il valore atteso si riconoscerà una incentivazione pari a 0,5 punti per ogni 10 punti percentuali di incremento.

TELECONSULTO NEUROCHIRURGICO (SOLO PER LE ASP DI AG. PA. TP)

VALORE OBIETTIVO: 50% del totale dei consulti neurochirurgici erogati (ANCHE SENZA SISTEMA TELETAC) nel secondo trimestre 2009 + 100% dei consulti erogati nel secondo semestre 2009.

Valore minimo: 50% del totale complessivo dei consulti erogati nel 2009.

Scala

Tra il valore minimo (in corrispondenza del quale l'obiettivo è considerato raggiunto al 50%) e il valore atteso (in corrispondenza del quale l'obiettivo è considerato raggiunto al 100%) il livello di raggiungimento sarà calcolato mediante una funzione lineare.

Ogni indicatore ha un peso di 2 punti su 4; il raggiungimento del 100% su entrambi gli indicatori comporta il riconoscimento un punto aggiuntivo, per un totale di 5 punti (oltre all'eventuale incentivazione per il superamento del tetto relativo alla teleradiologia).

TRACKING

Entro il 30/4:

- creazione di un'area dedicata sul sito web dell'Azienda completa dei riferimenti della struttura/soggetti responsabili e della Convenzione sottoscritta;
- emanazione di una direttiva interna per la comunicazione e l'organizzazione del servizio di

teleconsulto.

Per quanto riguarda i consulti richiesti, il monitoraggio trimestrale dovrebbe evidenziare quanto segue.

TELECONSULTO RADIOLOGICO

Primo trimestre: erogazione del 15% delle richieste di Second Opinion rispetto al numero totale di richieste da erogare nell'anno.

Secondo trimestre: erogazione del 40% delle richieste di Second Opinion rispetto al numero totale di richieste da erogare nell'anno.

Terzo trimestre: erogazione del 70% delle richieste di Second Opinion rispetto al numero totale di richieste da erogare nell'anno.

Quarto trimestre: erogazione del 100% delle richieste di Second Opinion rispetto al numero totale di richieste da erogare nell'anno.

TELECONSULTO NEUROCHIRURGICO (SOLO PER LE ASP DI AG, PA E TP)

Secondo trimestre: richiesta del 50% di consulto neurochirurgico (rif. anno 2009) tramite sistema Teletac.

Terzo trimestre: richiesta del 100% di consulto neurochirurgico (rif. anno 2009) tramite sistema Teletac.

Quarto trimestre: richiesta del 100% di consulto neurochirurgico (rif. anno 2009) tramite sistema Teletac.

OBIETTIVI DI EMPOWERMENT – SCHEDE 17 - 23

Gli obiettivi di efficienza riguardano:

- Coinvolgimento e soddisfazione dei cittadini
- Informazione e comunicazione verso tutti i portatori di interessi

SCHEDA N. 17	
OBIETTIVO	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA
CRITERIO	EMPOWERMENT - COINVOLGIMENTO E SODDISFAZIONE DEI CITTADINI
DESCRIZIONE	Rilevazione della qualità percepita attraverso i questionari di cui al documento "Sistema regionale per la valutazione della qualità percepita - Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologie, strumenti". L'obiettivo si estende alla pubblicazione dei risultati e alla progettazione di azioni di miglioramento.
PESO	6

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

SUB OBIETTIVO 1 – SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI DI RICOVERO E CURA IN OSPEDALE
INDICATORE: Numero questionari somministrati / numero dimissioni ricoveri ordinari
VALORE OBIETTIVO: 5% dal primo giorno del mese successivo alla disponibilità del protocollo operativo al 31 dicembre 2011
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 1.5 / 6
Scala: 0 - 1
Il valore obiettivo deve essere raggiunto in ogni trimestre.

SUB OBIETTIVO 2 – SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI DIAGNOSTICI E AMBULATORIALI
INDICATORE: Numero questionari somministrati / numero utenti.
VALORE OBIETTIVO: 1% dal primo giorno del mese successivo alla disponibilità del protocollo operativo al 31 dicembre 2011
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 1.5 / 6
Scala: 0 - 1
TRACKING

Il valore obiettivo deve essere raggiunto in ogni trimestre.

SUB OBIETTIVO 3 – ESITI DEI QUESTIONARI DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI DI RICOVERO E CURA IN OSPEDALE

INDICATORE: Azioni a valle dell'esame dei risultati dei questionari di valutazione: SI' / NO

1 – Produzione di una relazione contenente:

A) l'elaborazione e analisi dei dati raccolti per U.O., per presidio e per azienda

B) azioni di miglioramento progettate

2 - Pubblicazione della relazione su sito WEB aziendale entro gennaio 2012

VALORE OBIETTIVO: SI' (produzione della relazione completa e pubblicazione dei dati sul sito WEB entro gennaio 2012)

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 1.5 / 6

Scala: 0 - 1

TRACKING

L'elaborazione dei dati dovrebbe essere fatta trimestralmente, in modo da identificare in itinere le aree di miglioramento e poter pubblicare i risultati entro fine gennaio 2012.

SUB OBIETTIVO 4 – ESITI DEI QUESTIONARI DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI DIAGNOSTICI E AMBULATORIALI

INDICATORE: Azioni a valle dell'esame dei risultati dei questionari di valutazione: SI' / NO

1 – Produzione di una relazione contenente:

A) l'elaborazione e analisi dei dati raccolti per U.O., per presidio e per azienda

B) azioni di miglioramento progettate

2 - Pubblicazione della relazione su sito WEB aziendale entro gennaio 2012

VALORE OBIETTIVO: SI' (produzione della relazione completa e pubblicazione dei dati sul sito WEB entro gennaio 2012)

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 1.5 / 6

Scala: 0 - 1

TRACKING

L'elaborazione dei dati dovrebbe essere fatta trimestralmente, in modo da identificare in itinere le aree di miglioramento e poter pubblicare i risultati entro fine gennaio 2012.

SCHEDA N. 18	
OBIETTIVO	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA SULLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI
CRITERIO	EMPOWERMENT - COINVOLGIMENTO E SODDISFAZIONE DEI CITTADINI
DESCRIZIONE	<p>L'obiettivo è formulato in termini di numero di prestazioni critiche erogate oltre i tempi massimi previsti, così come formalizzati dall'Assessorato.</p> <p>Il raggiungimento dell'obiettivo presuppone:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'informatizzazione delle agende, sia del SSN sia della libera professione, intramoenia e convenzionata; - l'avvio del monitoraggio (anche, temporaneamente, in assenza di completa informatizzazione) in coerenza con il Piano Nazionale e secondo le indicazioni regionali.
PESO	5

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: numero di prestazioni critiche erogate oltre i tempi stabiliti / numero di prestazioni critiche totali erogate

Per determinare il valore dell'indicatore si applica la formula seguente:

$$\frac{\text{data in cui la prestazione può essere erogata (prima data disponibile)}}{\text{– data della richiesta della prenotazione.}}$$

Le prestazioni critiche considerate sono quelle di cui alla tabella allegata alla presente scheda.

VALORE OBIETTIVO: < 5% nel secondo semestre 2010

Scala:

- in corrispondenza di un valore dell'8% sarà riconosciuto il 50% del punteggio dell'indicatore;
- al di sotto dell'8% e fino al valore atteso del 5% il livello di raggiungimento sarà determinato applicando una funzione lineare.

La non disponibilità del dato implica il mancato raggiungimento dell'obiettivo.

La disponibilità del dato implica, anche in presenza di un valore superiore all'8%, il riconoscimento del 20% del punteggio dell'obiettivo (1/5).

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 5 / 5

TRACKING

30/4 – Ricognizione delle aziende da informatizzare e redazione per un piano per l'informatizzazione delle stesse, che contenga:

- i risultati della ricognizione, e cioè il quadro delle agende da informatizzare, articolato per erogatore e corredate dalla tipologia delle prestazioni prenotabili;
- le procedure di gestione delle agende e le relative attività di monitoraggio delle liste di attesa, delle classi di priorità e delle modalità di drop out;
- crono programma relativo alla informatizzazione.

30/6 – 30/9 SAL rispetto al Piano. Entro il 30/6 deve essere disponibile una rilevazione almeno per le prestazioni critiche per poter misurare il livello di raggiungimento dell'obiettivo.

PROSPETTIVE 2012

Nell'anno 2011 l'obiettivo è "minimo", ad attestare l'avvio di un impegno sistematico nel monitoraggio e riduzione dei tempi di attesa, facendo opportunamente emergere eventuali criticità legate all'incremento della domanda indotto anche da una migliore qualificazione e maggiore offerta. Nel 2012 si prevede di assegnare un obiettivo più significativo ed esteso, sulla base dei dati rilevati nel 2011.

ALLEGATO ALLA SCHEDA 18

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	CODICE ICD9-CM	CODICE NOMENCLATORE
TAC CON O SENZA CONTRASTO		
Torace	87.41	87.41 – 87.41.1
Addome superiore	88.01	88.01.01 – 88.01.02
Addome inferiore	88.01	88.01.03 – 88.01.04
Addome completo	88.01	88.01.05 – 88.01.06
Capo	87.03	87.03 – 87.03.01
Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.1 – 88.38.2
Bacino	88.38	88.38.5
RISONANZA MAGNETICA		
Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 – 88.91.2

Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 – 88.95.5
ECOGRAFIA		
Ecocolordoppler - cardiaco	88.72	88.72.3
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5
Ecocolordoppler – dei vasi periferici	88.77	88.77.2
VISITE SPECIALISTICHE		
Visita neurologica	89.7	89.13
Visita oculistica	95.0	95.02

SCHEDA N. 19	
OBIETTIVO	RIORGANIZZAZIONE DELLA GESTIONE DELLE URGENZE DI COMPETENZA TERRITORIALE - Attivazione Punti di Primo intervento (PPI)
CRITERIO	EMPOWERMENT - COINVOLGIMENTO E SODDISFAZIONE DEI CITTADINI
DESCRIZIONE	<p>Con i PPI ci si propone di potenziare l'offerta distrettuale verso la gestione delle "urgenze" territoriali (codici bianchi e parte dei codici verdi) nella prospettiva di ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso degli ospedali.</p> <p>La collocazione nell'area dell'Empowerment è conseguenza della considerazione che l'effettivo funzionamento dei PPI prevede adeguate azioni di informazione e coinvolgimento che creino nei cittadini la consapevolezza dell'articolazione dei servizi offerti sul territorio in funzione della tipologia delle urgenze.</p>
PESO	8

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: N. PPI attivati e funzionanti al 31/12/2011 secondo il crono programma.
VALORE OBIETTIVO: 100%
Un PPI è considerato funzionante se sono documentabili gli accessi
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 8 / 8
TRACKING
<p>Rispetto del crono programma. Lo stato di avanzamento sarà monitorato tramite le schede legate al Progetto Obiettivo PSN, fornita alle Direzioni delle Aziende in data 11/10/2010 e inviata con Nota prot. N. 4875 del 23/11/2010. La scheda prevede i seguenti indicatori di avanzamento, propedeutici all'attivazione dei PPI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi rete provinciale; - allocazione sedi PPI; - applicazione contratti di MCA; - piano di riqualificazione MCA; - previsione fabbisogno di personale.; - esistenza di strumenti di rilevazione flussi nei PPI; - piano di riqualificazione e riorganizzazione della specialistica (si veda scheda n. 1) e del suo

raccordo con i PPI.

PROSPETTIVA 2012

Nel 2012 saranno assegnati obiettivi ai PPI in relazione al numero degli accessi (numero accessi ai PPI / numero accessi ai PS ospedalieri per i codici bianchi e quelli verdi che possono essere trattati nei PPI), oltre alla rilevazione della variazione (si attende una riduzione) degli accessi impropri al Pronto Soccorso delle strutture ospedaliere (monitoraggio degli accessi per codice e per residente).

SCHEDA N. 20	
OBIETTIVO	PATIENT SAFETY - APPLICAZIONE STANDARD JCI
CRITERIO	EMPOWERMENT - COINVOLGIMENTO E SODDISFAZIONE DEI CITTADINI
DESCRIZIONE	<p>Il progetto JCI - patient safety ha i seguenti obiettivi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definire il profilo di rischio degli Ospedali 2. Diffondere la cultura della Qualità e della Sicurezza del paziente 3. Diffondere <i>best practice</i> nelle aree di maggiore rischio per le strutture sanitarie 4. Stabilire le aree che possono essere oggetto di miglioramento 5. Supportare le strutture sanitarie nella definizione delle azioni operative per la realizzazione del miglioramento <p>L'aspetto più rilevante del progetto è rappresentato dalla reale implementazione dei percorsi di miglioramento sulla base delle criticità riscontrate. Per questa ragione si ritiene prioritario considerare l'inserimento dei piani di miglioramento all'interno del software per l'autovalutazione in corrispondenza degli elementi valutati come critici nel corso del progetto 2010, sia nelle autovalutazioni che nelle on site visit.</p>
PESO	3

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: Numero di piani di miglioramento inseriti a sistema / numero di elementi valutati come critici (score da 0 a 0,75) nelle autovalutazioni o nelle on site visit effettuate nel 2010.

VALORE OBIETTIVO: 100%

Scala:

- Per il riconoscimento del 50% del valore dell'obiettivo è richiesto l'inserimento del 100% dei piani relativi agli standard con score minore o uguale a 0,5;
- Per il riconoscimento del 100% del valore dell'obiettivo è richiesto l'inserimento del 100% dei piani relativi agli standard con score maggiore di 0,5 e minore o uguale a 0,75;
- Tra il valore minimo (50% dell'obiettivo) e il valore massimo (100% dell'obiettivo) sarà riconosciuto un livello di raggiungimento progressivo secondo una funzione lineare.

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 3 / 3

TRACKING

Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi sarà valutato per mezzo del software SAT (Self-Assessment Tool) secondo le seguenti modalità:

- valutazione della completezza dei piani da parte di Joint Commission International (analisi della presenza di: professionista responsabile, tempi di attuazione, data di scadenza e contenuti dei piani)
- valutazione della coerenza dei piani rispetto ai contenuti dell'elemento misurabile e alle esigenze del Presidio da parte di Joint Commission International.

SCHEDA N. 21	
OBIETTIVO	COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE, FORMAZIONE E ASSISTENZA PER LA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO
CRITERIO	EMPOWERMENT - INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE -
DESCRIZIONE	Applicazione a regime del DA 1174/2010
PESO	3

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: Numero di iniziative realizzate nel corso del 2011 e organizzate conformemente alle indicazioni della DG DASOE di cui alla nota prot. 5354/10 del 10/12/2010
VALORE OBIETTIVO: 3
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 3 / 3
TRACKING E' opportuno realizzare una iniziativa in ogni trimestre, a partire dal mese di aprile.

SCHEDA N. 22	
OBIETTIVO	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI VERSO GLI STAKEHOLDER
CRITERIO	EMPOWERMENT - INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE
DESCRIZIONE	<p>L'invio tempestivo dei flussi verso l'Assessorato, con un livello qualitativo accettabile, rappresenta il presupposto per il monitoraggio della spesa e delle attività sanitarie, oltre che per rendicontare la mobilità sanitaria. L'obiettivo mira, in questa componente, a consolidare i flussi da considerare a regime (A, Day Service, C, M, E), a migliorare quelli critici e ad attivare i nuovi flussi 2011 previsti dalla normativa nazionale.</p> <p>Inoltre, è importante curare i flussi informativi verso i soggetti che lavorano in modo integrato con il Sistema Sanitario Regionale, e in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AGENZIA DELLE ENTRATE - Il Rilascio dei ricettari ai medici prescrittori deve avvenire nel rispetto delle procedure definita da SOGEI, che ne prevede lo scarico direttamente sul portale. La correttezza della procedura garantisce l'attribuzione del medico alle prescrizioni spedite con il flusso xml da parte dei soggetti erogatori (farmacie, strutture accreditate private e ambulatori pubblici). L'agenzia delle entrate elabora mensilmente un report (disponibile sul cruscotto integrato del portale SOGEI fra gli indicatori di qualità); il valore che ritiene accettabile è = < 1%. • INPS - E' necessario implementare i flussi informativi così come richiesto dalla normativa per trasmissione telematica della documentazione di competenza delle ASP.
PESO	9

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

SUB OBIETTIVO 1 – TRASMISSIONE DEI FLUSSI ALL'ASSESSORATO

INDICATORE: Numero di flussi completi inviati nei tempi previsti. Per il calcolo dell'indicatore:

- al numeratore si assegnerà 1 punto per ogni flusso che ha raggiunto il valore atteso e 0.90 per ogni flusso che ha raggiunto il valore minimo accettabile;
- il denominatore sarà costituito dal numero dei flussi da monitorare (come da tabella allegata alla presente scheda) che è pari a 11 per le ASP e 7 per le AO.

Si considereranno i flussi a decorrere, come mese di riferimento, da aprile 2011 (da trasmettere a maggio 2011). Inoltre nel caso in cui i flussi a regime (A, Day Service, C, M, E) non vengano trasmessi nei tempi, l'obiettivo non si intenderà raggiunto in ogni caso.

VALORE OBIETTIVO E SCALA: Valore Atteso 98%; valore minimo accettabile 95%

In corrispondenza di un risultato pari o superiore al valore minimo accettabile e al di sotto del valore atteso l'obiettivo sarà considerato raggiunto al 50%

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE 3 / 9
TRACKING
Verifica, in ogni trimestre, dei flussi pervenuti

SUB OBIETTIVO 2 - COMPLETEZZA DEI DATI TRASMESSI ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE , APPLICAZIONE DELL'ART 50 DELLA LEGGE 326/2003
INDICATORE: % di prescrizioni incomplete (senza il medico attribuito)
VALORE OBIETTIVO E SCALA: valore atteso: <1%; valore massimo accettabile: 1.5%
Scala:
In corrispondenza di un risultato pari o superiore al valore massimo accettabile e al di sopra del valore atteso l'obiettivo sarà considerato raggiunto al 50%
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 3 / 9
TRACKING
Verifica mensile dei dati disponibili sul portale SOGEI

SUB OBIETTIVO 3 – IMPLEMENTAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI VS INPS
INDICATORE: Invio sistematico dei flussi: SI' / NO
VALORE OBIETTIVO: SI' - Tutti i sistemi INPS devono essere alimentati tempestivamente (DM10, fornitura tempestiva della password a tutti coloro che devono alimentare i sistemi INPS tramite invio di certificazioni o altri documenti, inserimento degli esiti delle visite delle commissioni di invalidità, anche a posteriori se durante le sedute il sistema non è funzionante).
Per quanto riguarda gli esiti delle visite delle commissioni di invalidità, si richiede che al 31/12 la giacenza di pratiche da caricare sia esteso al massimo alle visite effettuate nelle ultime 2 settimane.
Scala: 0 – 1
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 3 / 9
TRACKING
Verifica mensile di avanzamento

ALLEGATO ALLA SCHEDA 22

Nome Flusso	Aziende interessate	Breve descrizione del flusso	Periodicità ed ultima normativa	Mobilità sanitaria Inter-Regionale	Descrizione Obiettivo	Indicatore (si considerano i flussi decorrenze dagli archivi di Aprile/Maggio 2011)	Valore Atteso	Valore Atteso in %	Valore minimo accettabile	Valore minimo accettabile e in %
Flusso T	ASP/AO	Attività di somministrazione di farmaci antiblastici a pazienti ricoverati in DH	MENSILE- Il DDC 30/05/2008 (GURS 27/06/2008) ha fissato l'invio al DOB entro il 15 del mese successivo a quello in scadenza	SI	Gestione ottimale (qualità e tempistività) del flusso nel rispetto delle direttive e delle scadenze	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (Da Aprile 2011)	9/9	100%	8/9	88,89%
Flusso RSA	ASP	Trasmissione tracciato record attività erogate dalle RSA	MENSILE- Il DDC 30/05/2008 (GURS 27/06/2008) ha fissato l'invio al DOB entro il 15 del mese successivo a quello in scadenza	NO	Gestione ottimale (qualità e tempistività) del flusso nel rispetto delle direttive e delle scadenze (nuovo tracciato 2011 in xmi)	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (Da Aprile 2011)	9/9	100%	8/9	88,89%
Flusso CTA	ASP	Trasmissione tracciato record attività erogate dalle CTA	MENSILE- Il DDC 30/05/2008 (GURS 27/06/2008) ha fissato l'invio al DOB entro il 15 del mese successivo a quello in scadenza	NO	Gestione ottimale (qualità e tempistività) del flusso nel rispetto delle direttive e delle scadenze	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (Da Aprile 2011)	9/9	100%	8/9	88,89%
Flusso RIABILITAZIONE EX ART 26	ASP	Trasmissione tracciato record attività erogata dai centri di riabilitazione ex art 26	TRIMESTRALE- Il DDC 30/05/2008 (GURS 27/06/2008) ha fissato l'invio al DOB entro il 15 del mese successivo a quello in scadenza	NO	Gestione ottimale (qualità e tempistività) del flusso nel rispetto delle direttive e delle scadenze	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (Da Aprile 2011)	3/3	100%	3/3	100%
Flussi SCPS	ASP/AO	Numerosi modelli che rilevano l'anagrafica dei soggetti erogatori, le prestazioni erogate, le attività, le apparecchiature, etc.	Valida scadenza - DM 06/12/2006	NO	Gestione ottimale con rispetto delle scadenze e congruità dei dati	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (Da Aprile 2011)	9/9	100%	8/9	88,89%
Flusso ADI	ASP	Trasmissione tracciato record dell'assistenza domiciliare integrata	Mensile - Il DDC 01775/10 06/07/2010 ha fissato l'invio al DOB entro il 10 del mese successivo a quello in scadenza	NO	Gestione ottimale (qualità e tempistività) del flusso nel rispetto delle direttive e delle scadenze (nuovo tracciato 2011 xmi)	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (Da Giugno 2011)	7/7	100%	6/7	85,71%
Flusso F	ASP/AO	Trasmissione tracciato record riguardante la somministrazione diretta di farmaci da parte delle strutture ospedaliere a utenti non ricoverati (solo per non residenti)	MENSILE- Il DDC 30/05/2008 (GURS 27/06/2008) ha fissato l'invio al DOB entro il 15 del mese successivo a quello in scadenza	SI	Gestione ottimale (qualità e tempistività) del flusso nel rispetto delle direttive e delle scadenze - particolare attenzione nell'importo unitario e quantità psicologica	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (Da Aprile 2011)	9/9	100%	8/9	88,89%
Flusso PS	ASP/AO	Trasmissione tracciato record inerente l'attività sanitaria in regime di prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza	MENSILE - Il DDC 28/05/2010 (GURS 10/09/2010) ha fissato l'invio al DOB entro il 10 del mese successivo a quello in scadenza		Gestione ottimale (qualità e tempistività) del flusso nel rispetto delle direttive e delle scadenze (nuovo flusso xmi 2011)	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (da giugno 2011)	7/7	100%	6/7	85,71%
Flusso G	ASP/AO o Centrali operative?	Trasmissione tracciato record riguardante le prestazioni di elettrocardiogramma e di trasporto con ambulanza non seguite da ricovero	Trimestrale - Il DDC 30/05/2008 (GURS 27/06/2008) ha fissato l'invio al DOB entro il 15 del mese successivo a quello in scadenza	si da attivare decreto 2008 mai applicato Urgente la delibera	Gestione ottimale (qualità e tempistività) del flusso nel rispetto delle direttive e delle scadenze	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (Da Aprile 2011)	9/9	100%	8/9	88,89%
Flusso H	ASP/AO	Trasmissione tracciato record dispersione diretta di farmaci (per tutti)	MENSILE- DDC 30/05/2008 (GURS 27/06/2008) ha fissato l'invio al DOB entro il 10 del mese successivo a quello in scadenza	SI	Gestione ottimale (qualità e tempistività) del flusso nel rispetto delle direttive e delle scadenze (nuovo flusso xmi 2011)	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (Da Aprile 2011)	9/9	100%	8/9	88,89%
Consumo farmaci in ambito ospedaliero	ASP/AO			NO	Gestione ottimale (qualità e tempistività) del flusso nel rispetto delle direttive e delle scadenze (nuovo flusso xmi 2011)	Numero flussi conformi trasmessi/numero totale mesi*100 (Da giugno 2011)	7/7	100%	6/7	85,71%

SCHEDA N. 23	
OBIETTIVO	SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO
CRITERIO	EMPOWERMENT - INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE - SICUREZZA DEGLI OPERATORI
DESCRIZIONE	Applicazione a regime del D. Lgs. 81/2008 s.m.i. e della Circolare Assessoriale n. 1273 del 26/7/2010, "Linee guida sull'assetto organizzativo e funzionale dei Servizi di Prevenzione e Protezione (SPP) delle strutture sanitarie della Regione.
PESO	3

INDICATORI E LIVELLI OBIETTIVO

INDICATORE: Attuazione di quanto periodicamente concordato nell'ambito del tavolo tecnico degli RR.SS.PP.PP. della Regione Sicilia SI' / NO
VALORE OBIETTIVO: SI' (effettiva attuazione di quanto concordato)
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE: 3 / 3
TRACKING Rispetto dei programmi di volta in volta definiti.

AZIONE		PRINCIPALI INDICATORI
Intervento 1 - Rimodulazione della rete ospedaliera		
1.1	Programma operativo per il completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera	Completamento della rimodulazione. Attivazione e potenziamento long-term care
1.2	Adeguamento organizzativo delle strutture da riconvertire	Riduzione del 5% delle unità complesse e del 10% di quelle semplici e a valenza dipartimentale
1.3	Trasferimento prestazioni ospedaliere di cui ai DRG ad alto rischio di inappropriata verso regime ambulatoriale	Raggiungimento target regionali
Intervento 2 - Completamento del processo di riordino del sistema emergenza - urgenza		
2.1	Programmazione delle modalità organizzative di trasporto terrestre	Secondo direttive regionali
2.2	Definizione rete ospedaliera dell'emergenza	Secondo direttive regionali
Intervento 3 - Tessera sanitaria		
3.1	Aggiornamento anagrafiche assistiti	Completamento trasmissione dati assistiti con dettaglio esenzione e medico associato
3.2	Implementazione sistema di controllo della trasmissione dati ricette specialistica art. 50	Raggiungimento della soglia del 97% di dati trasmessi in modo coerente
3.3	Piano di recupero straordinario trasmissione associazione medico - ricettario	Raggiungimento della soglia inferiore all'1% delle ricette inviate e non assegnate al medico - report di monitoraggio semestrale sul Portale TS degli indicatori di qualità
3.4	Implementazione utilizzo tessera sanitaria	Entro il 31/12/2012 accesso al 50% delle prestazioni tramite TS (tessera sanitaria)
Intervento 4 - Monitoraggio razionalizzazione rete laboratoristica		
4.1	Monitoraggio attuazione Piani aziendali di accorpamento	Secondo direttive regionali
Intervento 5 - Potenziamento del territorio		
5.1	Potenziamento rete regionale delle residenze sanitarie assistite (RSA) e dell'integrazione socio-sanitaria	Secondo cronoprogramma
5.2	Attivazione P.T.A.	Secondo cronoprogramma
5.3	Rinnovo dell'Accordo Integrativo regionale per le cure primarie	Secondo direttive regionali
5.4	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate	Secondo direttive regionali
5.5	Potenziamento rete regionale cure palliative e terapia del dolore	Secondo cronoprogramma
5.6	Attivazione punti unici di accesso (P.U.A.)	Secondo cronoprogramma
5.7	C.U.P. regionale	Secondo direttive regionali

5.8	Realizzazione di attività semiresidenziali	Secondo cronoprogramma
Intervento 6 - Programma istituzione sistema di governo clinico		
6.1	Attivazione del sistema regionale per la gestione del rischio clinico	Secondo direttive regionali
6.2	Programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ed ella qualità della codifica nella SDO	Secondo direttive regionali
6.3	Miglioramento delle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Secondo direttive regionali
6.4	Adeguamento del sistema regionale per il governo dei tempi di attesa rispetto alle indicazioni contenute nel " Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2009/2011 "	Secondo direttive regionali
6.5	Programma regionale per l'adeguamento dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private nel nuovo sistema integrato di politiche per la qualità, il governo clinico e la sicurezza dei pazienti	Secondo direttive regionali
Intervento 7 - Articolo 79		
7.1	Procedure per l'affidamento dei servizi di consulenza direzionale ed operativa di cui al D.A. n°799 del 12/03/2010	Secondo direttive regionali
Intervento 8 - Farmaceutica convenzionata		
8.1	Misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Secondo direttive regionali
8.2	Altre misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero	Secondo direttive regionali
Intervento 9 - Personale		
9.1	Rideterminazione piante organiche aziende sanitarie	Monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) attraverso le tab. D.1.2
9.2	Rideterminazione definitiva dei fondi contrattuali (art. 16 L.R. n°5/2009)	Provvedimenti di rideterminazione dei fondi contrattuali
Intervento 10 - Beni e servizi		
10.1	Programmazione interaziendale di bacino	Secondo direttive regionali
10.2	Procedure di gara regionale: 1) Farmaci e vaccini; 2) Servizi di consulenza e brokeraggio assicurativo	Secondo direttive regionali