|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBIETTIVO 1*:***  ***SCREENING ONCOLOGICI***  ***Referente Staff Aziendale Arnas Civico:***  ***Dott.*** | **INDICATORE** | | **STRUTTURE ASSEGNATARIE** |
| **Punti A.O.: 3** | Gli indicatori esprimono la collaborazione con le ASP per il raggiungimento del risultato e sono riportati nella Circolare n. 5/2016:   * Prenotazioni effettuate su richiesta dell’utente al CUP dell’AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell’ASP * Prestazioni richieste dalla ASP ed effettivamente rese disponibili dall’AO   Registrazione dei dati sui casi inviati all’AO dalla ASP per il 2° o 3° livello  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | | **Staff D.A. U.O.S. CUP**  **Dott. CLESI**  **Dipartimento Oncologia**  **Dott. BLASI** |
| Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il 100% di estensione su tutti e 3 gli screening, con il 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e il 60% per il tumore della mammella; ne consegue che i relativi indicatori LEA (che si ottengono moltiplicando adesione per estensione) sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e 60% per il tumore della mammella.  AO  Primo indicatore SI, secondo e terzo indicatore 100% | | **Staff D.A. U.O.S. CUP**  **Dott. CLESI**  **Dipartimento Oncologia**  **Dott. BLASI** |
| Monitoraggio dell’indicatore con la seguente periodicità: | | **Staff D.A. U.O.S. CUP**  **Dott. CLESI** |
| Al 31 maggio 2016,  al 31 agosto 2016,  30 novembre 2016,  al 31 marzo 2017, | al 31 maggio 2017, 31 agosto 2017  30 novembre 2017 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBIETTIVO 2:**  ***ESITI***  ***Referente Staff Aziendale Arnas Civico:***  ***Dott. Capodicasa*** | **INDICATORE** | | **STRUTTURE ASSEGNATARIE** |
| **Sub Ob 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa**  **Punti 5/20** | N. interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero / N. totale di casi di frattura di femore su pazienti over 65 (compresi casi senza intervento chirurgico)  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | | **UU.OO.CC. Ortopedia e Traumatologia:**  **Dott. Sciortino**  **Dipartimento Anestesia e Rianimazione: Dott. Tetamo**  **UU.OO.CC. Anestesia e Rianimazione** |
| Applicazione del documento regionale "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore D.A. 2525 - 2015 19 novembre 2015 GURS 18 dicembre 2015 | | **Direzioni Mediche di P.O**. **Dott.Trizzino** |
| Monitoraggio dell’indicatore con la seguente periodicità: | | **Staff Dott. Capodicasa** |
| Al 31 maggio 2016,  al 31 agosto 2016,  30 novembre 2016,  al 31 marzo 2017, | al 31 maggio 2017,  31 agosto 2017,  30 novembre 2017 |  |
| **SubOb2.2 Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)**  **Punti 5/20** | N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) /N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | | U.O.C. **Ginecologia e Ostetricia:**  **Dott. Alio/Dott.ssaVicari** |
| Monitoraggio dell’indicatore con la seguente periodicità: | | **Staff D.A. Dott. Capodicasa** |
| Al 31 maggio 2016,  al 31 agosto 2016,  30 novembre 2016,  al 31 marzo 2017, | al 31 maggio 2017,  31 agosto 2017,  30 novembre 2017 |  |
| **Sub2.3.1 Tempestività nell’effettuazione PTCA nei casi di IMA STEMI**  **Punti 2/3 di 5/20** | N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | | **UOC Cardiologia con Emodinamica :**  **Dott. Comparato** |
| Monitoraggio dell’indicatore con la seguente periodicità: | | **Staff D.A.**  **Dott. Capodicasa** |
| Al 31 maggio 2016,  al 31 agosto 2016,  30 novembre 2016,  al 31 marzo 2017, | al 31 maggio 2017,  31 agosto 2017,  30 novembre 2017 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBIETTIVO 2:**  ***ESITI***  ***Referente Staff Aziendale Arnas Civico:***  ***Dott. Capodicasa*** | **INDICATORE** | | **STRUTTURE ASSEGNATARIE** |
| **Sub2.3.2 Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti*.***  ***Punti 1/3 di 5/20*** | Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti*.*  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | | **UOC Cardiologia con Emodinamica : Dott.Comparato** |
| Monitoraggio dell’indicatore con la seguente periodicità: | | **Staff Dott. Capodicasa** |
| Al 31 maggio 2016,  al 31 agosto 2016,  30 novembre 2016,  al 31 marzo 2017, | al 31 maggio 2017,  31 agosto 2017,  30 novembre 2017 |  |
| **SubOb2.4 Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg**  **Punti 5/20** | N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | | **U.O.C. Chirurgia Toracica:**  **Dott.Di Miceli** |
| Monitoraggio dell’indicatore con la seguente periodicità: | | **Staff D.A.**  **Dott. Capodicasa** |
| Al 31 maggio 2016,  al 31 agosto 2016,  30 novembre 2016,  al 31 marzo 2017, | al 31 maggio 2017,  31 agosto 2017,  30 novembre 2017 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBIETTIVO 3:**  **Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali**  ***Referente Staff Aziendale Arnas Civico:***  ***Dott. Clesi*** | **INDICATORE** | | | | **STRUTTURE ASSEGNATARIE** | |
| **Punti 15** | **EX ANTE**  **1)** N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B /Numero prenotazioni con classe di priorità B  **2)** N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D /Numero prenotazioni con classe di priorità D  Relativamente al calcolo degli indicatori, si sottolinea che lo stesso presuppone la conformità del report prodotto dalle aziende rispetto alle indicazioni regionali; l’accesso al sistema di valutazione dell’obiettivo avviene solo se l’Azienda non ha più di 5 prestazioni per ciascuna classe di priorità sotto il valore del 50%  **EX POST**  1) Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B.  2) Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D.  Relativamente alle otto prestazioni di cui sopra (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia) l’indicatore viene calcolato per ciascuna prestazione.  Relativamente al calcolo degli indicatori, si sottolinea che lo stesso è possibile qualora tutti i campi siano valorizzati almeno al 90% (pre-requisito per il calcolo dell’indicatore).  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | | | | **Staff. D.A. U.O.S. C.U.P.**  **Dott. Clesi** | |
| Monitoraggio dell’indicatore con la seguente periodicità: | | | | **U.O.S. C.U.P.**  **Dott. Clesi** | |
| Al 31 maggio 2016,  al 31 agosto 2016,  30 novembre 2016,  al 31 marzo 2017, | | al 31 maggio 2017,  31 agosto 2017,  30 novembre 2017 | |  | |
| **OBIETTIVO 4:**  **Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR**  ***Referente Staff Aziendale Arnas Civico:***  ***Dott. Capodicasa*** | | **INDICATORE** | | | | **STRUTTURE ASSEGNATARIE** |
| **1) Punti nascita** | | Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist *(implementazione dei requisiti relativi a dotazioni strumentali, miglioramenti strutturali e organizzativi)*  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | | | | **U.O.C Ostetricia e Ginecologia :**  **Dott Alio/Dott.ssa Vicari** |
| **2) Migliorare l’appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali** | | **2.2) Nei PN con UTIN:**  2.2.3) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio  2.2.4) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730): Numero neonati dimessi direttamente da UTIN/totale pazienti ricoverati nella UTIN.  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | | | | **U.O.C. UTIN:**  **Dott. Vitaliti** |
| 1. **Punti nascita** 2. **Migliorare l’appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali** | | Monitoraggio degli indicatori con la seguente periodicità: | | | | **Staff D.A.**  **Dott. Capodicasa** |
| Al 31 maggio 2016,  al 31 agosto 2016,  30 novembre 2016,  al 31 marzo 2017, | | al 31 maggio 2017, 31 agosto 2017, 30 novembre 2017 | |
| **Punti 10** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBIETTIVO 5 *:***  ***DONAZIONE ORGANI***  ***Referente Staff Aziendale Arnas Civico:***  ***Dott. Capodicasa*** | **INDICATORE** | | **STRUTTURE ASSEGNATARIE** |
| **Punti 9** | 1. Organizzazione dell’Ufficio di Coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti (peso 15 %) 2. Numero di accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione registrati in Azienda (peso 20%) 3. Numero di donatori procurati, definiti come i soggetti per i quali sia stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e sia stato firmato dagli aventi titolo il modulo di non opposizione, non inferiore al 50% di tutti gli accertamenti eseguiti (peso 40%) 4. Numero di cornee prelevate non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrino nei parametri di idoneità alla donazione delle cornee, per come definiti dal CRT (peso 20%) | | **Referente Aziendale** |
| 1. Organizzazione in ambito aziendale di un evento formativo per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di procurement di organi e tessuti. (peso 5%)   *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | | **UOS Formazione** |
|  | Monitoraggio degli indicatori con la seguente periodicità: | | **Staff D.A.**  **Dott. Capodicasa** |
| Al 31 maggio 2016,  al 31 agosto 2016,  30 novembre 2016,  al 31 marzo 2017, | al 31 maggio 2017,  31 agosto 2017,  30 novembre 2017 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBIETTIVO 6:**    ***PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE***  ***Referente Staff Aziendale Arnas Civico: Dott. Clesi*** | **INDICATORE** | **STRUTTURE ASSEGNATARIE** |
| **Punti 5** | 1. % di Medici Dipendenti + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità de materializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione)   *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | **Staff D.A. C.U.P.**  **Dott. Clesi** |
| 1. numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità de materializzata per ogni medico abilitato e inviante nei periodi considerati (maggio – dicembre 2016 e anno 2017), come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS   *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | **Staff D.A. C.U.P.**  **Dott. Clesi** |
|  | Monitoraggio degli indicatori  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | **Staff D.A. C.U.P.**  **Dott. Clesi** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBIETTIVO 7:**  ***UTILIZZO FONDI di P.S.N.***  ***Referente Staff Aziendale Arnas Civico:***  ***Dott. Carruba*** | **INDICATORE** | **STRUTTURE ASSEGNATARIE** |
| **Punti 6** | Garantire uniformità metodologica ed assicurare attività di supporto per la pianificazione e lo stato di avanzamento delle azioni progettuali con reportistica periodica al referente dell’Assessorato alla Salute | **Staff D.A. U.O.S. Ricerca ed Internalizzazione**  **Dott. Carruba** |
| Garantire procedure di supporto per l’attuazione corretta dei crono programmi progettuali (bandi, procedure aperte, reclutamento risorse umane, rendicontazione e corretta imputazione delle somme) | **Staff D.A. U.O.S. Ricerca ed Internalizzazione**  **Dott. Carruba** |
|  | Puntuale trasmissione dei report trimestrali  Rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30 aprile 2017)  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | **Staff D.A. U.O.S. Ricerca ed Internalizzazione**  **Dott. Carruba** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBIETTIVO 8:**  ***SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA’ (P.A.C.)***  ***Referente Staff Aziendale Arnas Civico:***  ***Dott. Porcaro*** | **INDICATORE** | **STRUTTURE ASSEGNATARIE** |
| **Punti 6** | Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC  *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | **U.O.C. Economico finanziario**  **Dott. Porcaro** |
| Dare evidenza, attraverso il sito web, dello stato avanzamento del PAC:  Indicare la specifica fase del processo (area, obiettivo e azione, indicare il livello d’implementazione:   1. obiettivo pienamente conseguito e pienamente implementato; 2. obiettivo in corso di conseguimento e parzialmente implementato; 3. azione implementata ma obiettivo non conseguito; 4. azione non implementate e obiettivo non conseguito.  * Istituire una funzione d'internal audit. * Implementare sistemi informatici integrati, idonei alla realizzazione del PAC. * Conseguire ed implementare gli obiettivi PAC relativi alle aree Rimanenze, Immobilizzazioni e Patrimonio Netto. * Perseguire il pieno conseguimento ed implementazione presso degli obiettivi PAC relativi alle aree: Crediti e Ricavi; Debiti e Costi; Disponibilità.   *(per le specifiche dell’obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)* | **U.O.C. Economico finanziario**  **Dott. Porcaro** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Referente Staff Aziendale Arnas Civico:***  ***Ing. Caronia*** | **INDICATORE** | **STRUTTURE ASSEGNATARIE** |
|  | Garantire la stesura definitiva del PAA entro 20 giorni della formalizzazione degli obiettivi e lo stato di avanzamento degli obiettivi di area metropolitana | **Coordinamento Staff Direzione Aziendale** |
| 1. *SANITA’ PUBBLICA E PREVENZIONE* | * 1. Sanità veterinaria   2. Igiene degli alimenti   3. Vaccinazioni   4. Tutela ambientale   5. Prevenzione luoghi di lavoro |  |
| 1. *QUALITA’, GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI* | 2.1. Sicurezza dei pazienti  2.2. Formazione dei professionisti  2.3. Personalizzazione e umanizzazione dell’assistenza  2.4. PDTA  2.5 Appropriatezza  2.6 Outcome | ***Staff D.A.***  ***UOS Qualità e Rischio Clinico***  **Dott. Capodicasa** |
| 1. *RETI* | **Reti tempo-dipendenti:**  3.1. Rete IMA: Comparato  3.2. Rete Stroke: Monaco  3.3. Rete Politrauma:  **Reti cliniche integrate:**  3.4. Rete Oncologica: Blasi  3.5. Percorso Nascita: Alio/Vicari | ***Staff D.A. Coordinamento***  ***Ing. Caronia/ Dott.ssa Dolcemascolo*** |
| 1. *ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA* | 4.1. Cronicità  4.2. Disabilità e non autosufficienza  4.3. Riabilitazione  4.4. Salute mentale  4.5. Violenza su donne e minori | **Staff D.A.**  **Dott. Giuliana** |
| 1. *SVILUPPO ORGANIZZATIVO* | 5.1. Comunicazione: **Dott.Trupia**  5.2. Formazione: **Dott.Bruno**  5.3. Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria: **Dott.Carruba**  5.5. Telemedicina: **Dott.ssa Grippi** | **Staff D.A.**  **Dott. Carruba** |