|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.AOPrimo 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 DRelativamente 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 monitoraggio2.2.4) 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 pazienti2.2. Formazione dei professionisti2.3. Personalizzazione e umanizzazione dell’assistenza2.4. PDTA 2.5 Appropriatezza2.6 Outcome | ***Staff D.A.*** ***UOS Qualità e Rischio Clinico*****Dott. Capodicasa** |
| 1. *RETI*
 | **Reti tempo-dipendenti:**3.1. Rete IMA: Comparato3.2. Rete Stroke: Monaco3.3. Rete Politrauma: **Reti cliniche integrate:**3.4. Rete Oncologica: Blasi3.5. Percorso Nascita: Alio/Vicari | ***Staff D.A. Coordinamento******Ing. Caronia/ Dott.ssa Dolcemascolo*** |
| 1. *ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA*
 | 4.1. Cronicità4.2. Disabilità e non autosufficienza4.3. Riabilitazione4.4. Salute mentale4.5. 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** |