



## Allegato A

# OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2024-2026

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized first name and a surname, followed by a small number '1' as a subscript.

## IL SISTEMA OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO dei SERVIZI per il PERIODO 2024-2026

Gli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi, assegnati per il biennio 2024 – 2026 fanno riferimento ai seguenti ambiti:

1. Liste di attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
2. Esiti
3. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
4. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento
5. Screening oncologici
6. Donazione organi e raccolta sangue
7. Fascicolo Sanitario Elettronico
8. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)
9. Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo di terapia
10. Area della performance – garanzia dei LEA nelle Aree della Prevenzione, dell'Assistenza Territoriale e dell'Assistenza ospedaliera secondo il Nuovo Sistema di Garanzia

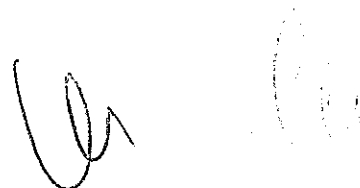
La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi è fissata al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza dell'incarico ai sensi dell'art.20, comma 4, della L.r. n.5/09.

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

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

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

Il presente documento contiene una descrizione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e dei sub-obiettivi che li compongono. Di seguito è riportato un quadro sinottico con la distribuzione dei 100



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

		Peso ASP	Peso AO AOU
1) Liste di attesa – monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10	10
2) Esiti	• Frattura del femore	4	4
	• Parti cesarei	4	4
	• Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	4	4
	• Colectomia laparoscopica	4	4
3) Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		5	8
4) Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento		4	8
5) Screening oncologici	• tumore della cervice uterina	3	1
	• tumore della mammella	3	1
	• tumore del colon retto	3	1
6) Donazione organi e raccolta sangue		5	9
7) Fascicolo Sanitario Elettronico		8	8
8) Percorso di Certificabilità		3	3
9) Approvvigionamento farmaci e gestione ciclo terapia		5	5
10) Area della performance	• Ospedaliera	8	18
	• Territoriale	12	12
	• Prevenzione	15	-
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>		<b>100</b>	<b>100</b>




**OBIETTIVO 1: Riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie****Referente obiettivo: DASOE - Servizio 8**

L'obiettivo relativo alle liste di attesa ha la finalità di migliorare l'accesso alle cure da parte dei cittadini della Regione siciliana, superando le criticità in merito ai lunghi tempi di attesa registrati sia con riguardo alle prestazioni ambulatoriali che alle prestazioni da ricovero.

Al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa di erogazione delle prestazioni sanitarie è necessario realizzare un sistema di effettivo governo delle liste di attesa, che contempli adozione di una pluralità di misure per controllare il fenomeno ed intervenire efficacemente, sia sul versante dell'offerta che su quello della domanda, individuando le appropriate misure correttive quando si verificano scostamenti rispetto agli obiettivi standard prefissati.

Relativamente alle misure di governo delle liste di attesa la Regione Siciliana ha adottato il Piano Regionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 (PRGLA) con il quale è stato recepito il "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021". Tale Piano, tuttavia, a seguito del sopravvenire dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 non ha avuto piena attuazione presso le Aziende del SSR.

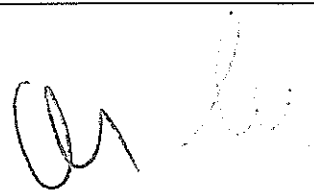
Successivamente, in attuazione della normativa nazionale emergenziale volta a potenziare il recupero delle liste di attesa formatesi negli anni dell'emergenza pandemica, la Regione Siciliana ha approvato specifici Piani Operativi; da ultimo, con il D.G.R. n. 317 del 27 luglio 2023 è stato adottato il nuovo Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d'attesa, che ha consentito il sostanziale abbattimento delle liste di attesa di prestazioni ambulatoriali e da ricovero relative agli anni 2020-2022.

Con il Decreto Legge del 7 giugno 2024, n. 73, pubblicato su GURS il 7-6-2024 – "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*" – sono state definite le nuove misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie.

Considerato che a livello nazionale il quadro normativo in tema di liste di attesa è in evoluzione, atteso che il citato D.L. n. 73 del 2024 prevede che il Ministero della Salute e l'Agenas adotteranno nei termini ivi previsti i consequenziali provvedimenti attuativi, ed essendo, altresì, in corso di definizione il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2024-2026, si rende opportuno, in sede di obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende del SSR, definire indicatori di valutazione dei risultati da raggiungere che tengano conto, per un verso, delle disposizioni già introdotte dal D.L. n. 73 del 2024 nonché, per altro verso, della necessità che tali indicatori vengano successivamente allineati alle disposizioni nazionali di imminente adozione.

Per quanto sopra, si rende necessario adottare una metodologia che preveda l'assegnazione graduale (per fasi temporali) di indicatori di monitoraggio.

Con la presente scheda sono pertanto definiti gli indicatori della FASE 1 (2024) attraverso i quali, la regione e le aziende potranno migliorare l'accesso alle prestazioni e ridurre i tempi di attesa delle



prestazioni, focalizzando l'attenzione sulle seguenti sub-obiettivi:

**Sub-obiettivo 1. Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie (D.L. 73/2024)**

**Sub-obiettivo 2. Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronicodegenerative e oncologiche (D.L. 73/2024)**

Con successivi provvedimenti saranno assegnate le nuove schede dell'obiettivo in coerenza alle indicazioni del nuovo Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa.

**Sub-obiettivo 1. Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie.**

La totalità delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso pubbliche e private accreditate dovrà obbligatoriamente afferire sui CUP aziendali. (D.L. 73/2024). Il rationale è quello di aumentare la probabilità di poter garantire, all'interno degli ambiti territoriali di garanzia, i tempi massimi di attesa per codice di priorità. L'indicatore misurerà il rapporto tra volumi di prestazioni ambulatoriali erogate (Flusso C e M) e volumi di prestazioni presenti sui CUP delle aziende sanitarie.

Indicatore 1:

$$\frac{\text{Numero prestazioni ambulatoriali di primo accesso pubbliche e private accreditate}^{\wedge}}{\text{Numero di prestazioni ambulatoriali erogate}^{\wedge\wedge}}$$

*^ (fonte dati: esclusivamente CUP di ASP e Aziende Ospedaliere; i dati delle prestazioni private accreditate devono obbligatoriamente essere estratti esclusivamente dai CUP delle ASP)*

*^^ (fonte dati: flusso C e flusso M)*

**INDICATORE**

**(TOTALE 1 PUNTO)**

**Sub-obiettivo 2. Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronicodegenerative e oncologiche (D.L. 73/2024)**

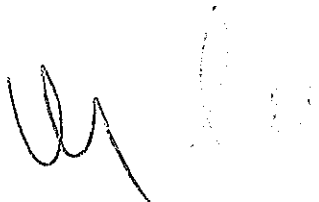
Nell'ambito della gestione delle patologie cronicodegenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate. La gestione di tali agende dovrà essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento. Scopo dell'obiettivo è altresì quello di ridurre la quota di prescrizioni di controllo erroneamente attribuiti come primo accesso.

Indicatore 2.1: Numero di agende dedicate ai PDTA aziendali

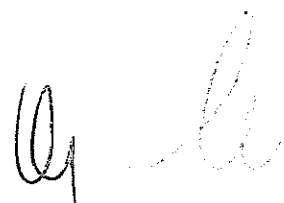
Indicatore 2.2: Numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale

Indicatore 2.3: Numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS

<b>VALORI OBIETTIVO E SCALA</b>	<p>Indicatore 1: obiettivo raggiunto al 100% se il rapporto è pari a 1 (100%);</p> <p>Indicatore 2.1: obiettivo raggiunto al 100% se il numero di agende dedicate ai PDTA è &gt; n. 10;</p> <p>Indicatore 2.2: obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale è &gt; al 10% rispetto al periodo di riferimento dell'anno precedente;</p> <p>Indicatore 2.3: obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS è &lt; 20% rispetto al periodo di riferimento dell'anno precedente;</p>
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>10</b> per ASP, AO e AOU (5 per ciascun indicatore)



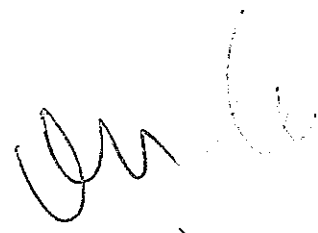
<b>OBBIETTIVO 2: Esiti</b>	
<b>Referente Assessorato</b>	<b>DASOE – Servizio 9</b>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione a partire dagli anni 2011 di obiettivi operativi misurabili tramite indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE);  Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il periodo in esame di continuare ad impiegare i quattro sub-obiettivi utilizzati in precedenza. Si è deciso di apportare una modifica nell'indicatore relativo all'area cardiologica, e di sostituire pertanto il calcolo dell'indicatore <b>2.3</b>. In particolare, l'esito tempo dipendente non verrà calcolato più come differenza tra la data di intervento e quella di ricovero (entro 2 giorni), bensì in termini di ore/minuti (90 minuti). Questa scelta consentirà indirettamente una verifica sulla completezza nella compilazione dei principali campi contenuti all'interno del flusso della nuova SDO.  (D.A. 456-Del-13-03-2017-GURS-31-03-2017)</p> <p><b>1.1 Frattura del femore:</b> tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;</p> <p><b>1.2 Parti cesarei:</b> riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;</p> <p><b>1.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI:</b> tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo di 90 minuti;</p> <p><b>1.4 Colectomia laparoscopica:</b> proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.</p>
<b>PUNTEGGIO ASP e AO</b>	<b>16</b>
	<i>Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi (direttamente tratti da PNE /AGENAS) relativi a ciascun sub-obiettivo.</i>





**SUB-OBIETTIVI E INDICATORI**

<b>SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65</b>	
<b>Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9</b>	
<p>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 tempestivamente.</p> <p><b>Quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento (entro un intervallo ricovero/intervento di 0-2 giorni* - cfr Note).</b></p>	
<b>INDICATORE</b>	<p><b>Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65**</b></p> <p>(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</p>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Media delle migliori 20 strutture italiane (fonte PNE anno precedente ): 96%</b>
<b>SCALA</b>	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% (DM Salute 70/2015) definibile come valore zero della scala di misura.</p> <p>Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p>
<b>TRACKING</b>	Monitoraggio intermedio (semestrale) e monitoraggio finale (annuale) e a fine mandato.
<b>PUNTEGGIO</b>	4
<b>NOTE</b>	<p>*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente.</p> <p>** Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).</p> <p>Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)</p>





## **ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.1:**

### **INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI A SEGUITO DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE NELL'ANZIANO**

#### **PROTOCOLLO OPERATIVO**

##### **- Definizione**

Per struttura di ricovero o area di residenza: proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.

##### **- Numeratore**

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero  $\leq 2$  giorni).

##### **- Denominatore**

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.

##### **- Fonti informative**

La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

##### **Intervalli di osservazione**

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2024 – 31 dicembre 2024;
- 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 ricovero.

#### **SELEZIONE DELLA COORTE**

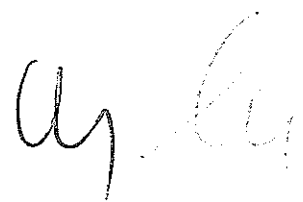
##### Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri, 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 siciliane, con dimissione tra il 1 gennaio 2024 ed il 31 dicembre 2024.

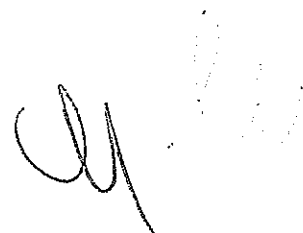
##### Criteria di esclusione

- ricoveri preceduti da un ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti;
- ricoveri di pazienti di età inferiore a 65 anni e superiore a 100;
- ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- ricoveri per trasferimento da altra struttura;
- ricoveri di politraumatizzati: DRG 484-487;
- ricoveri di pazienti deceduti entro 1 giorno senza intervento (differenza tra data di morte e data di ingresso in ospedale uguale a  $\leq 1$  giorno)\*
- ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9, V10) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti;
- ricoveri dimessi da unità spinali, reparti di recupero e riabilitazione funzionale, di neuroriabilitazione o in reparti di lungodegenza (codice specialità: 28, 56, 75, 60).

\* si assume che la compromissione clinico-funzionale di questi pazienti sia tale da rendere incompatibile un eventuale intervento chirurgico



*Nota:* L'indicatore è costruito sui primi ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame, non preceduti da un ricovero con la stessa diagnosi nei 2 anni precedenti. Ogni paziente è rilevato una sola volta, anche nel caso abbia sperimentato più ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame; anche i pazienti che si fratturano entrambe le anche nello stesso periodo sono contati una sola volta, in considerazione del fatto che nelle SDO non è esplicitato quale dei due arti è interessato dalla frattura.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long tail, located in the bottom right corner of the page.

**INTERVENTI IN STUDIO**

Sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55).

**DEFINIZIONE DI ESITO**

L'esito in studio è l'intervento chirurgico entro 2 giorni (differenza tra la data di intervento e la data del ricovero minore o uguale a 2 giorni) a seguito di frattura del collo del femore.

**ATTRIBUZIONE DELL'ESITO**

L'esito viene attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. L'analisi è effettuata su base annuale.

**IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DELLE PATOLOGIE CONCOMITANTI "CRONICHE"**

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere, l'età e una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nel ricovero in esame (ricovero indice) e in tutti i ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti.

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
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Altre malattie ematologiche	287-289	287-289
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), 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Artrite reumatoide	714	714

**SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari ( cesarei in donne senza nessun pregresso cesareo)****Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9**

La "Proporzione di parti con taglio cesareo primario" è un indicatore utilizzato per valutare la qualità dell'assistenza fornita alle partorienti. Gli ospedali e i sistemi sanitari sono spesso confrontati sulla base di questo indicatore, dal momento che valori più bassi possono riflettere una pratica clinica più appropriata e che una parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per "ragioni non mediche". Il confronto tra ospedali potrebbe comunque essere distorto se non si tenesse conto della possibile diversa distribuzione dei fattori di rischio per cesareo delle pazienti tra le diverse strutture: il taglio cesareo è infatti indicato in molte situazioni cliniche, come, ad esempio, complicanze a carico della placenta o del cordone, distress fetale, infezione da HIV, sproporzione feto-pelvica; inoltre differenze socio-demografiche o nella disponibilità dei servizi per le gravidanze ad alto rischio aumentano la probabilità di un cesareo. Per tale motivo si considerano nel misurare l'indicatore i tassi aggiustati che tengono in considerazione possibili differenze. La Regione Siciliana è riuscita nell'ultimo decennio a ridurre significativamente il ricorso alla procedura di Taglio cesareo al fine di rendere sempre più appropriata e allineata a parametri e evidenze nazionali e internazionali la pratica clinica di assistenza riferita al momento del parto.

<b>INDICATORE</b>	<b>Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo**</b> (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con 500 &lt;= vol. &lt; 1000 parti anno = massimo 10%</b> <b>Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con &gt;= 1000 parti anno = massimo 20%</b>
<b>SCALA</b>	IL raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla soglia medio PNE AGENAS (30%) per ciascuno dei due livelli/soglia individuati e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Nel caso in cui le AO e le ASP abbiano sia maternità di I livello che maternità di II livello, il punteggio complessivo sarà applicato proporzionalmente al peso dei due differenti strati.
<b>TRACKING</b>	Monitoraggio intermedio (semestrale) e monitoraggio finale (annuale) e a fine mandato.
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>4</b>
<b>NOTE</b>	**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute). Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)

**ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.2:****PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO  
PRIMARIO  
PROTOCOLLO OPERATIVO****- Definizione**

Per struttura di ricovero o area di residenza: numero di tagli cesarei primari per 100 parti.

**- Numeratore**

Numero di parti cesarei.

**- Denominatore**

Numero totale di parti.

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:

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

**- Fonti informative**

La fonte dei dati è il Sistema delle Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO).

***Intervalli di osservazione***

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2024– 31 dicembre 2024;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto. Le informazioni sul pregresso taglio cesareo vengono desunte anche attraverso l'apposito codice diagnosi ICD-9-CM: 654.2. In questo modo è possibile escludere dalla coorte le donne che hanno subito un precedente taglio cesareo indipendentemente dal periodo di ricostruzione della storia clinica.


**SELEZIONE DELLA COORTE****Criteri di eleggibilità**

Tutte le dimissioni delle donne che hanno partorito in un ospedale siciliano tra il 1 gennaio 2024 ed il 31 dicembre 2024 (DRG 370-375, q codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx q 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, q codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99).

**Criteri di esclusione**

- tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie 654.2 nel ricovero per parto q DRG di parto cesareo (codici DRG: 370-371) q codice di diagnosi principale o secondarie di parto con pregresso taglio cesareo (codice ICD-9-CM: 654.2), q codice di diagnosi principale o secondarie di parto con taglio cesareo (codice ICD-9-CM: 669.7), q codice di procedura principale o secondarie di taglio cesareo (codici ICD-9-CM: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99) q codice di diagnosi principale o

2



secondarie di nato con parto cesareo (V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01) nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti];

- tutte le dimissioni selezionate tramite i criteri di eleggibilità e avvenute 180 giorni prima dell'evento di parto indice;
- tutte le dimissioni di donne non residenti in Sicilia;
- tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni;
- tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi principale o secondarie: 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)];
- tutte le dimissioni con diagnosi di aborto [codici ICD-9CM di diagnosi principale o secondarie: 634-639].

## 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 principale o secondarie 669.7, o codici di procedura principale o secondarie 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.

## IDENTIFICAZIONE DI POTENZIALI FATTORI DI RISCHIO PER IL CESAREO

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

Tra i potenziali fattori di rischio sono presi in considerazione:

- età materna [classi di età: ≤17, 18-24, 25-28, 29-33 (riferimento), 34-38, ≥39];
- Cittadinanza materna;
- 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 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 (esclusi 648.22 e 648.24)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Malattie cardiache	390-398, 410-429	390-398, 410-429
Malattie cardiovascolari in gravidanza	648.5, 648.6	
Anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio	745-747	745-747
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	580-589	580-589



Malattia renale non specificata in gravidanza, senza menzione di ipertensione	646.2	
Malattie del collagene	710	710
HIV	042, 079.53, V08	042, 079.53, V08
Malattie della tiroide	240-246, 648.1	240-246
Diabete	250.0-250.9, 648.0	250.0-250.9
Iperensione arteriosa	401-405, 642.0-642.3, 642.9	401-405
Eclampsia/pre-eclampsia	642.4-642.7	
BPCO	491-492, 494, 496	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	
Parto pre-termine	644.1, 644.2	
Parto post-termine	645	
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 (escluso 652.0, 652.1, 652.5)	
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.

Allegato 4



<b>SUB-OBIETTIVO 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI</b>	
<b>Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9</b>	
La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio. Quale indicatore è stato individuato, in coerenza con i programmi nazionali di monitoraggio degli esiti, la percentuale di P.T.C.A. in pazienti con diagnosi certa di I.M.A. STEMI effettuata entro 90 minuti.	
<b>INDICATORE</b>	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 90 minuti (cfr. note) dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati <b>(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	Media delle migliori 20 strutture italiane (fonte PNE 2022 ): 82%
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
<b>TRACKING</b>	Monitoraggio intermedio (semestrale) e monitoraggio finale (annuale) e a fine mandato.
<b>PUNTEGGIO</b>	4
<b>NOTE</b>	*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono l'esecuzione della procedura PTCA sui casi di IMA-STEMI entro 90 minuti. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute). Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)

PROPORZIONE DI STEMI (INFARTI MIOCARDICI CON SOPRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST) TRATTATI  
CON ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ENTRO 90 MINUTI

PROTOCOLLO OPERATIVO

**Definizione**

Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro novanta minuti (*vedi definizioni operative*).

**Numeratore**

Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti.

**Denominatore**

Numero di episodi di STEMI.

**Livello di analisi**

--Struttura di ricovero/struttura di intervento (service) - Area di residenza

**Periodicità**

Annuale

**Fonti informative**

Schede Dimissione Ospedaliera (SDO)

**Intervallo di osservazione**

Reclutamento: dimissioni dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024;

Ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di ammissione (*vedi definizioni operative*).

**Selezione della coorte**

**Criteri di eleggibilità** Tipo assistenza: acuti;

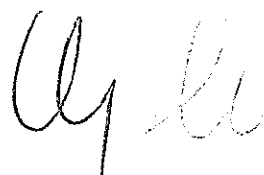
**Modalità ricovero**: ordinario

Sede struttura di ricovero: Sicilia

Codici ICD-9-CM nel ricovero indice: diagnosi principale di IMA (410.XX) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in secondaria (*vedi definizioni operative*).

**Criteri consecutivi di esclusione**

- Ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- Ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;
- Ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore e dimissione a domicilio o contro il parere del medico;
- Ricoveri preceduti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi di IMA;
- Episodi di IMA in cui compaia un codice ICD-9-CM di diagnosi 410.7X o 410.9.X in almeno un ricovero dell'episodio.



**Definizione di esito**

L'esito è l'esecuzione della PTCA entro 90 minuti dall'ora di ricovero nella struttura di ricovero (vedi definizioni operative).

**Attribuzione dell'esito**

Struttura in cui è avvenuto il ricovero del paziente con STEMI.

**Definizione di fattori di rischio e/o fattori protettivi utilizzati nel modello di risk adjustment**

Genere

Età

Condizioni ricercate nell'episodio di STEMI -entro 28 giorni dalla data di ammissione- e in tutti i precedenti ricoveri (vedi definizioni operative).

**Definizioni operative****Definizione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti**

In questo contesto l'intervallo di 90 minuti è definito a partire dalla data ed ora di ricovero nella struttura di ricovero del paziente in ospedale per un episodio di STEMI (differenza tra ora della procedura ed ora di ricovero  $\leq$  90 minuti).

Si definisce episodio di STEMI un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) in cui in nessun ricovero appartenente all'episodio sia presente un codice di diagnosi 410.7X (infarto subendocardico) o 410.9X (infarto a sede non specificata).

L'episodio di STEMI è costituito da tutti i ricoveri ospedalieri avvenuti entro 4 settimane dalla data di primo ricovero per STEMI (ricovero indice).

**Diagnosi principali compatibili con la diagnosi di infarto, comprese complicanze legate a procedura**

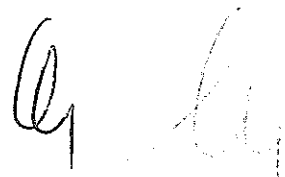
Codice ICD-9-CM	Condizione
411	Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica
413	Angina pectoris
414	Altre forme di cardiopatia ischemica cronica
423.0	Emopericardio
426	Disturbi della conduzione
427, escluso 427.5	Aritmie cardiache
428	Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)
•	Rottura di corda tendinea
•	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

**Definizione di esito**

PTCA entro 90 minuti dall'ora di ricovero nella struttura di ricovero: differenza tra ora dell'ora di ricovero ed ora di ricovero nella struttura di ricovero  $\leq$  90 minuti, codici ICD-9-CM di procedura 00.66, 36.01, 36.02, 36.05, 36.06 36.07.

Condizioni ricercate nell'episodio di STEMI -entro 28 giorni dalla data di ammissione- e in tutti i precedenti ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti.


Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nell'episodio di STEMI	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0-208.9, V10	140.0-208.9, V10
Diabete		250.0-250.9
Disturbi metabolismo lipidico		272
Obesità	278.0	278.0
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Altre malattie ematologiche	287-289	287-289
Ipertensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemic		411, 413, 414
Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444), 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Pregresso bypass aortocoronarico	V45.81	V45.81, 36.1
Pregressa angioplastica coronarica	V45.82	V45.82, 00.66, 36.0
Rivascolarizzazione cerebrovascolare		00.61, 00.62, 38.01, 38.02, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32



Altro intervento sul cuore	35, 37.0, 37.1, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.9
Altro intervento sui vasi	38-39.5, esclusi: 38.01, 38.02, 38.5, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32
Pressione sistolica all'arrivo in ospedale	

Per la pressione sistolica all'arrivo in ospedale si considerano le seguenti modalità:

Pressione  $\geq 100$  (classe di riferimento); Pressione  $< 100$

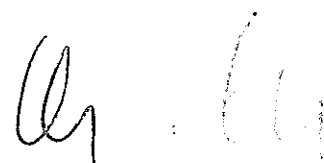


9

**SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni****Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9**

La colelitiasi è una condizione molto diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'infezione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite. La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto.

<b>INDICATORE</b>	<b>Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO 2.4, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Media delle migliori 20 strutture in Italia Fonte PNE 2022: 96%</b>
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (70%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
<b>TRACKING</b>	Monitoraggio intermedio (semestrale) e monitoraggio finale (annuale) e a fine mandato.
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>4</b>
<b>NOTE</b>	**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute). Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)



## PROPORZIONE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI

### PROTOCOLLO OPERATIVO

#### **- Definizione**

Per struttura di ricovero o area di residenza: *proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.*

#### **- Numeratore**

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni.

#### **- Denominatore**

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.

#### **- Fonti informative**

La fonte dei dati sono le Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO)

#### **Intervallo di osservazione**

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2024 – 31 dicembre 2024;
- degenza post-operatoria, definita come differenza tra la data di dimissione e la data dell'intervento di colecistectomia laparoscopica;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di ricovero.

#### **Selezione della coorte**

##### Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri in regime ordinario e day hospital, avvenuti in strutture siciliane, con dimissione tra il 1 gennaio 2024 – 31 dicembre 2024, con il codice ICD-9-CM di intervento 51.23 in qualunque posizione e con diagnosi principale o secondaria di litiasi della colecisti e del dotto biliare (codici ICD-9-CM 574 in diagnosi principale o 575 in diagnosi principale E 574 in diagnosi secondaria).

##### Criteria di esclusione

- ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- ricoveri di persone di età inferiore ai 18 anni e superiore a 100;
- ricoveri con diagnosi di trauma (codici ICD-9-CM 800-897);
- ricoveri con DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384 (gravidanza, puerperio, parto);
- ricoveri con diagnosi di tumore maligno dell'apparato digerente e del peritoneo (ICD-9-CM 150-159);
- ricoveri con interventi di colecistectomia laparotomica (procedura 51.22 in qualunque posizione);
- ricoveri in cui il paziente viene dimesso deceduto;
- ricoveri in cui il paziente viene trasferito ad altro ospedale;
- ricoveri con i seguenti interventi addominali:





<b>Codice ICD-9-CM procedura</b>	<b>Descrizione</b>
<u>Interventi sullo stomaco</u>	
43.5	Gastrectomia parziale con anastomosi esofagea
43.6	Gastrectomia parziale con anastomosi duodenale
43.7	Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale
43.8	Altra gastrectomia parziale
43.9	Gastrectomia totale
44.31	Bypass gastrico alto
44.39	Altra gastroenterostomia senza gastrectomia
44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI
44.41	Sutura di ulcera gastrica
44.42	Sutura di ulcera duodenale
44.5	Revisione di anastomosi gastrica
44.61	Sutura di lacerazione dello stomaco
44.63	Chiusura di altra fistola gastrica
44.64	Gastropessi
44.65	Esofagogastroplastica
44.69	Altra riparazione dello stomaco
<u>Interventi su duodeno e intestino tenue</u>	
45.31	Asportazione locale di lesione del duodeno
45.32	Altra asportazione di lesione del duodeno
45.33	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino tenue eccetto il duodeno
45.34	Altra demolizione di lesione dell'intestino tenue eccetto il duodeno
45.50	Isolamento di segmento intestinale, SAI
45.51	Isolamento di segmento dell'intestino tenue
45.6	Altra asportazione dell'intestino tenue
45.9	Anastomosi intestinale, SAI
45.91	Anastomosi intestinale tenue-tenue
45.92	Anastomosi dell'intestino tenue al moncone rettale
45.93	Altra anastomosi intestinale tenue-crasso
46.01	Esteriorizzazione dell'intestino tenue
46.02	Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino tenue
46.60	Fissazione di intestino SAI
46.61	Fissazione di intestino tenue alla parete addominale
46.62	Altra fissazione dell'intestino tenue
46.71	Sutura di lacerazione del duodeno
46.72	Chiusura di fistola del duodeno
46.73	Sutura di lacerazione dell'intestino tenue eccetto il duodeno
46.74	Chiusura di fistola dell'intestino tenue, eccetto il duodeno
46.80	Manipolazione intraaddominale dell'intestino, non altrimenti specificato
46.81	Manipolazione intraaddominale dell'intestino tenue
46.93	Revisione di anastomosi dell'intestino tenue
46.97	Trapianto dell'intestino
<u>Interventi sul fegato</u>	
50.2	Asportazione o demolizione locale di tessuti o lesioni del fegato
50.3	Lobectomia del fegato
50.4	Epatectomia totale
50.5	Trapianto del fegato

576.2 + Ostruzione del dotto biliare +  
 (574.20 o 574.50 o 574.90) Calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare senza colecistite  
 senza ostruzione  
 575.3 Idrope della colecisti

*D. Calcolosi con complicanza sia infiammatoria sia ostruttiva*

<b>Codice ICD-9-CM diagnosi</b>	<b>Descrizione</b>
574.01	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta e con ostruzione
574.11	Calcolosi della colecistiti con altra colecistite e con ostruzione
574.31	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta e con
ostruzione	
574.41	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite e con ostruzione
574.61	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta
e con ostruzione	
574.71	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite
e con ostruzione	
574.81	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta
e cronica con ostruzione	
575.2,	Ostruzione della colecisti
in presenza di una delle seguenti:	
574.00	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.20	Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
575.1 + 574.20	Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
574.30	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza
ostruzione	
575.0 + 574.50	Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
575.1 + 574.50	Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
574.60	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta
senza ostruzione	
574.70	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite
senza ostruzione	
574.80	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta
e cronica senza ostruzione	
576.2,	Ostruzione del dotto biliare
in presenza di una delle seguenti:	
574.00	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.20	Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
575.1 + 574.20	Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
574.30	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza
ostruzione	
575.0 + 574.50	Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
575.1 + 574.50	Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
574.60	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta
senza ostruzione	
574.70	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite
senza ostruzione	
574.80	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta
e cronica senza ostruzione	
576.1 + 574.20	Colangite + Calcolosi colecisti semplice
576.1 + 574.50	Colangite + Calcolosi dotto biliare semplice
576.1 + 574.90	Colangite + Calcolosi colecisti e dotto biliare semplice

## 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, l'età, la gravità della colelitiasi e una serie di comorbidità (vedi elenco 1) e pregressi interventi sull'addome superiore (vedi elenco 2) ricercati nel ricovero per colecistectomia (ricovero indice) e/o in tutti i ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti.

### 1) COMORBILITÀ

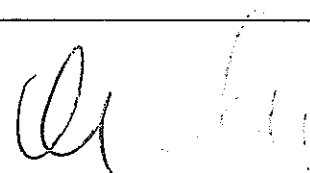
Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni		140.0-208.9, V10
Diabete		250
Obesità	278.0	278.0
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Altre malattie ematologiche	287-289	287-289
Ipertensione arteriosa		401-405
Cardiopatìa ischemica		410-414, 429.7
Pregressa rivascolarizzazione	V45.81, V45.82	V45.81, V45.82, 36.0, 36.1, 00.66
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Scompenso cardiaco		428
Altre malattie cardiache	393-398, 425, 093.2, 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	391, 393-398, 420-425, 429.0-429.9, 093.2, 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-438
	440, 441.0, 441.2, 441.4, 441.7,	440-448, 557
Malattie vascolari	441.9, 442, 443, 446, 447, 448, 557.1	
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) o insufficienza respiratoria		490-496, 518.81, 518.82
Nefropatie croniche	582, 583, 585-588	V45.1, V56 <sup>582, 583, 585-</sup>
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571, 572, 577.1-577.9	571, 572, 577.1-577.9

### 2) PREGRESSO INTERVENTO SULL'ADDOME SUPERIORE (sono esclusi colon, retto e ano)

Intervento	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Presenza di gastrostomia	V44.1	
Assenza acquisita di stomaco	V45.75	
Controllo di gastrostomia	V55.1	
Presenza di ileostomia	V44.2	
Presenza di altra apertura artificiale dell'apparato digerente	V44.4	

Intervento	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Presenza postchirurgica di anastomosi o derivazione intestinale	V45.3	
	V45.72	
Assenza acquisita di intestino (crasso, tenue)		
Collocazione e sistemazione di ileostomia o altro dispositivo intestinale	V53.5	
Controllo di ileostomia	V55.2	
Controllo di colostomia	V55.3	
Controllo di altra apertura artificiale dell'apparato digerente	V55.4	
Intestino sostituito da trapianto	V42.84	
Fegato sostituito da trapianto	V42.7	
Pancreas sostituito da trapianto	V42.83	
<i>Interventi sullo stomaco e duodeno</i>		
Gastrectomia parziale con anastomosi esofagea		43.5
Gastrectomia parziale con anastomosi duodenale		43.6
Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale		43.7
Altra gastrectomia parziale		43.8
Gastrectomia totale		43.9
Bypass gastrico alto		44.31
Altra gastroenterostomia senza gastrectomia		44.39
Sutura di ulcera peptica, SAI		44.40
Sutura di ulcera gastrica		44.41
Sutura di ulcera duodenale		44.42
Revisione di anastomosi gastrica		44.5
Sutura di lacerazione dello stomaco		44.61
Chiusura di altra fistola gastrica		44.63
Gastropessi		44.64
Esofagogastroplastica		44.65
Altra riparazione dello stomaco		44.69
Asportazione locale di lesione del duodeno		45.31
Altra asportazione di lesione del duodeno		45.32
Sutura di lacerazione del duodeno		46.71
Chiusura di fistola del duodeno		46.72
<i>Interventi sull'intestino tenue</i>		
Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino tenue eccetto il duodeno		45.33
Altra demolizione di lesione dell'intestino tenue eccetto il duodeno		45.34
Isolamento di segmento intestinale, SAI		45.50
Isolamento di segmento dell'intestino tenue		45.51
Altra asportazione dell'intestino tenue		45.6
Anastomosi intestinale, SAI		45.9
Anastomosi intestinale tenue-tenue		45.91
Anastomosi dell'intestino tenue al moncone rettale		45.92
Altra anastomosi intestinale tenue-crasso		45.93
Esteriorizzazione dell'intestino tenue		46.01
Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino tenue		46.02

Intervento	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Fissazione di intestino SAI		46.60
Fissazione di intestino tenue alla parete addominale		46.61
Altra fissazione dell'intestino tenue		46.62
Sutura di lacerazione dell'intestino tenue eccetto il duodeno		46.73
Chiusura di fistola dell'intestino tenue, eccetto il duodeno		46.74
Manipolazione intraaddominale dell'intestino, non altrimenti specificato		46.80
Manipolazione intraaddominale dell'intestino tenue		46.81
Revisione di anastomosi dell'intestino tenue		46.93
Trapianto dell'intestino		46.97
<i>Interventi sul fegato</i>		
Asportazione o demolizione locale di tessuti o lesioni del fegato		50.2
Lobectomia del fegato		50.3
Epatectomia totale		50.4
Trapianto del fegato		50.5
Riparazione del fegato		50.6
<i>Interventi sul pancreas</i>		
Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico		52.22
Marsupializzazione di cisti pancreatiche		52.3
Drenaggio interno di cisti pancreatiche		52.4
Pancreatectomia parziale		52.5
Pancreatectomia totale		52.6
Pancreaticoduodenectomia radicale		52.7
Trapianto del pancreas		52.8
Altra riparazione del pancreas		52.95
Anastomosi del pancreas		52.96
<i>Interventi per ernia parete addominale</i>		
Riparazione di ernia ombelicale		53.4
Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore (senza innesto o protesi)		53.5
Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con innesto o protesi		53.6
Riparazione di ernia diaframmatica, per via addominale		53.7
<i>Interventi sul peritoneo</i>		
Asportazione o demolizione di tessuto peritoneale		54.4



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

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

#### Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

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



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

### Standard di Sicurezza

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

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



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

### Standard Tecnologici

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

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

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

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

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

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

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

#### Area neonatale

Al fine di aumentare, soprattutto dal punto di vista funzionale, i livelli di qualità, sicurezza e appropriatezza nel percorso nascita viene introdotto un nuovo modello organizzativo per l'assistenza neonatale nei punti nascita in deroga (< 500 nati/anno) che di seguito viene



denominato area neonatale, finalizzato all'incremento delle skill e dell'esperienza tenendo conto che la casistica non è di ampiezza sufficiente.

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

- la rigorosa selezione della tipologia di gravidanza ammessa al travaglio e parto che deve prevedere un valido sistema di indicatori
- il collegamento effettivo, funzionale e organizzativo con una U.O. di neonatologia/TIN (formazione dell'equipe neonatale con particolare riferimento alla gestione delle emergenze, sviluppo e mantenimento delle competenze, eventuale rotazione personale)

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



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

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

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

#### Standard Operativi

Area neonatale (punti in deroga): < 500 nati/anno U.O. neonatologia/pediatria: 500 – 1000 nati/anno	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale) affidata al pediatra–neonatologo;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;	<input type="checkbox"/>
Area neonatale: 6 culle (fino a 500 nati/anno) destinate ai neonati sani; U.O. Neonatologia/Pediatria: 15 culle (500 - 1000 nati/anno) destinate ai neonati sani;	<input type="checkbox"/>
garantire la guardia attiva h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto con, nelle situazioni di emergenza, collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio;	<input type="checkbox"/>

  27

garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.	<input type="checkbox"/>
garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel I° livello di ostetricia per le situazioni di emergenza;	<input type="checkbox"/>

#### Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

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

#### Standard di Sicurezza

Le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale devono essere funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio – parto sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale – nido rooming-in –area neonatale,

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

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

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


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

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

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

**Standard Operativi:**

bacino di utenza, comprensivo delle strutture di I livello afferenti, corrispondente ad almeno 5000 parti/anno tuttavia tale vincolo può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza attestandosi tendenzialmente fra i 3000 e 3500 parti anno (GURS)	<input type="checkbox"/>
parti/anno: > 1000;	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate, sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, tenendo anche conto del volume di attività ginecologica; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di reperibilità integrativa notturna e festiva ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1500 parti/anno devono essere garantite 3 ostetriche per turno; 4 fino a 2000 parti/anno e 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica ogni 750 parti in più. per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire l'identificazione di un responsabile dedicato all'area ostetrica per la continuità e la qualità assistenziale;	<input type="checkbox"/>
si raccomandano due unità mediche h24 al di sopra dei 1500 parti anno ;	<input type="checkbox"/>
garantire il funzionamento di un pronto soccorso ostetrico ginecologico h24; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire assistenza anestesiologicala con guardia attiva h24	<input type="checkbox"/>
garantire guardia attiva, h24, con supporto di reperibilità integrativa da parte di neonatologi ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana;	<input type="checkbox"/>
si raccomandano come adeguati per l'assistenza/ degenza ostetrica 15/20 posti letto ogni 1000 parti/anno;	<input type="checkbox"/>
tre sale travaglio – parto. Le sale travaglio parto (riferimento LG ISPELS) devono essere 4 oltre i 2000 parti/anno, con possibilità di essere impiegate come sale operatorie per effettuazione di cesarei;	<input type="checkbox"/>





garantire area dedicata alla gestione del travaglio – parto fisiologico / naturale;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
garantire la possibilità di ecografia nell'area travaglio parto e nell'area di accettazione-emergenza;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia intensiva alla gravida ed alla puerpera;	<input type="checkbox"/>
garantire il coordinamento S.T.A.M. in accordo con la programmazione regionale integrandosi con il servizio urgenza / emergenza territoriale;	<input type="checkbox"/>
possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravida (psicologica, cardiologica, neurologica, nefrologica, ecc.);	<input type="checkbox"/>
garantire h24 ore l'utilizzo di diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza e emotrasfusioni;	<input type="checkbox"/>

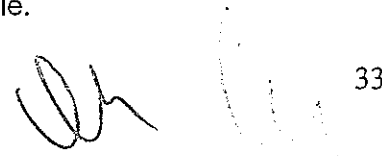
#### Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

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

#### Standard di sicurezza

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

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





Ogni sala travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, attrezzatura (si raccomanda un cardiocrografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno tre parti in contemporanea (riferimento LG ISPEL) nonché consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	<input type="checkbox"/>
una sala operatoria sempre pronta e disponibile h 24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio parto (riferimento LG ISPEL) ;	<input type="checkbox"/>
per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita la possibilità di impiegare le sale parto come sale operatorie per effettuazione di cesarei nella struttura ospedaliera;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree dedicate al pronto soccorso ostetrico;	<input type="checkbox"/>
deve esserci disponibilità di aree utili alla gestione dell'assistenza al travaglio-parto fisiologico/naturale anche con l'ausilio di metodiche non farmacologiche per il controllo del dolore;	<input type="checkbox"/>
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche, aree dedicate a patologie materno-fetali, D.S.;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine, per le gravidanze a rischio; ambulatori di ecografia ostetrica e di diagnostica strumentale, in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
deve essere disponibile, nel presidio ospedaliero, un servizio di rianimazione e di terapia intensiva generale;	<input type="checkbox"/>
se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati;	<input type="checkbox"/>
si raccomanda ambulatorio anestesilogico ai fini della visita ed adeguata informazione alla paziente per partoanalgesia/TC programmato.	<input type="checkbox"/>

### Standard tecnologici

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

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

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

	Accettazione	Travaglio-parto	Degenza	ambulatorio
ecografi	1 <input type="checkbox"/>	disponibilità h 24 per le emergenze ostetriche <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Cardiocrografo (**)	2 <input type="checkbox"/>	2 (in ogni caso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

		1 per ogni sala parto)		
Carrello emergenza	1	1	1	1
Collegamenti fissi per aspirazione				
n. 1 apparecchio vacuumextractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso				
n. 1 forcipe				
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto				
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo				
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore				
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile				
n. 1 orologio con contasecondi a muro				
Possibilità di sterilizzazione all'interno del blocco travaglio parto				
n. 2 elettrocardiografi				
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto.				
n. 4 pompe a siringa				
pompe infusione continua				
n. 2 saturimetri pulsati				
rilevatore Doppler portatile				
n. 1 emogasanalizzatore				

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

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

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

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

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

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

#### Standard Operativi

bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno tuttavia tale vincolo può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza attestandosi tendenzialmente fra 3000 e 3500 nati / anno;	<input type="checkbox"/>
1000 nati/anno nella struttura (Inborn); almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500gr	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	<input type="checkbox"/>

garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale, U. T.I.N.), affidata al pediatra–neonatologo	<input type="checkbox"/>
garantire assistenza ai neonati fisiologici e patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva	<input type="checkbox"/>
garantire U.T.I.N. e terapia sub-intensiva con posti letto pari a: intensiva :1/750 nati/anno del bacino d'utenza sub-intensiva : 2 per ogni letto di intensiva letti di neonatologia/patologia neonatale rapportati al volume dell'attività (come nel I livello); eventuali letti supplementari per esigenze chirurgiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, ecc.) dotazione di incubatrici non inferiore a venti;	<input type="checkbox"/>
garantire guardia attiva, h24, con supporto di pronta reperibilità integrativa h24 da parte di neonatologi;	<input type="checkbox"/>
garantire possibilità di usufruire h24 di usufruire del servizio emotrasfusionale e del laboratorio con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici;	<input type="checkbox"/>
garantire integrazione nel sistema emergenza (STEN) ed eventuale coordinamento;	<input type="checkbox"/>
si raccomanda la possibilità di attivare, h24, in rapporto alle esigenze emergenti, ed in base alle convenzioni sottoscritte, consulenze ed interventi di cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, oculistica, valutazione emodinamica, broncoscopia, ecc.;	<input type="checkbox"/>
possibilità di effettuare h24 diagnostica per immagine e un laboratorio d'urgenza con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici con micrometodi;	<input type="checkbox"/>

#### Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

– garantire l'assistenza in sala parto, fin dalla nascita, con garanzia di rianimazione primaria neonatale h24	<input type="checkbox"/>
– garantire l'osservazione transizionale post-parto;	<input type="checkbox"/>
– assistere i soggetti “inborn” ed “outborn” necessitanti di assistenza intensiva di qualsiasi peso o età gestazionale . <ul style="list-style-type: none"> <li>o In particolare deve accogliere: <ul style="list-style-type: none"> <li>– neonati in ventilazione assistita intubati o no;</li> <li>– neonati chirurgici in fase pre e post operatoria;</li> <li>– neonati con malformazioni complesse;</li> <li>– neonati con gravi compromissioni delle funzioni vitali e/o che abbisognino di procedure diagnostiche invasive oppure specialistiche;</li> <li>– neonati che devono terminare il percorso di accrescimento e sviluppo prima di essere dimessi, qualora non sia possibile un trasposto presso U.O. di I livello;</li> <li>– neonati che richiedono procedure diagnostiche invasive o trattamenti che necessitano di monitoraggi, ecc.;</li> <li>– neonati non dimissibili affetti da patologie croniche, né trasferibili in U.O. di I livello.</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>



– garantire il coordinamento con le strutture di I livello funzionalmente collegate	<input type="checkbox"/>
– garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<input type="checkbox"/>
– garantire il coordinamento dello S.T.E.N. (o integrarsi funzionalmente con lo S.T.E.N. dedicato se esistente) per l'area assegnata;	<input type="checkbox"/>
– si raccomanda l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;	<input type="checkbox"/>
– garantire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto	<input type="checkbox"/>
– garantire con lettera attestante di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio;	<input type="checkbox"/>
– garantire con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita e outcome neonatale;	<input type="checkbox"/>
– dovranno essere garantite elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit..	<input type="checkbox"/>
– collaborare con U.O.C. di neuropsichiatria infantile e di terapia riabilitativa, per usufruire delle relative competenze per il neonato sin dalle prime fasi della degenza.	<input type="checkbox"/>

### Standard di Sicurezza

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

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

nell'area travaglio-parto deve essere possibile assistere contemporaneamente due neonati in area dedicata (isola neonatale) e ben identificata opportunamente attrezzata per la rianimazione neonatale e facilmente accessibile;	<input type="checkbox"/>
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	<input type="checkbox"/>
la distribuzione degli spazi di degenza puerperale deve tener conto delle esigenze minime strutturali che favoriscono la pratica del rooming-in e la promozione dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
nell'area di degenza, anche in regime di rooming-in integrale, dovranno essere predisposti spazi di degenza per neonati sani, per piccola patologia, per l'allattamento;	<input type="checkbox"/>

devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino. Se presente la banca del latte dovrà avere locali specificamente dedicati.	<input type="checkbox"/>
aree di degenza secondo standard specifici con possibilità di distinzioni di aree funzionali (terapia sub-Intensiva, ecc.);	<input type="checkbox"/>
ambulatori per follow-up e controlli specialistici post dimissione ed eventualmente D.H.;	<input type="checkbox"/>
aree per laboratori;	<input type="checkbox"/>
aree sufficienti per effettuare procedure specialistiche quali: diagnostica per immagini, chirurgica, oculistica, ecc.;	<input type="checkbox"/>
aree di servizio quali: spogliatoio e filtro, depositi vari, spazio destinato a genitori e parenti, zona di ristoro per il personale, lavaggio incubatrici;	<input type="checkbox"/>
area di coordinamento dello S.T.E.N.	<input type="checkbox"/>

### Standard Tecnologici

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

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

Isola neonatale: come I livello

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

Tabella c) Area degenza terapia intensiva – subintensiva:

ATTREZZATURE	TERAPIA INTENSIVA		TERAPIA SUBINTENSIVA	
Incubatrici	P.L. + 50%	<input type="checkbox"/>	P.L. + 20%	<input type="checkbox"/>
Respiratori	P.L. + 2 riserva	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
O2 - CO2 transcutanea	P.L. + 2 riserva	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Saturimetri O2	P.L. + 2 riserva	<input type="checkbox"/>	50% P.L.	<input type="checkbox"/>
Pressione arteriosa non cruenta	P.L.	<input type="checkbox"/>	30% P.L.	<input type="checkbox"/>
Monitor cardiorespirografico	P.L. + 1 riserva	<input type="checkbox"/>	30% P.L.	<input type="checkbox"/>
Monitor FC + FR		<input type="checkbox"/>	P.L.	<input type="checkbox"/>
Pompa di infusione	2 x P.L. + 30% riserva	<input type="checkbox"/>	P.L.	<input type="checkbox"/>

Aspiratori	P.L. + 50%	<input type="checkbox"/>	50% P.L.	<input type="checkbox"/>
Ossimetri	P.L.	<input type="checkbox"/>	50% P.L.	<input type="checkbox"/>
Incubatrice da trasporto	2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Apparecchio Rx dedicato(portatile)	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ecografo (con ecodoppler)	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Apparecchiatura per terapia con Ossido Nitrico (prevedere centri di riferimento per bacino)	1(protocollo condiviso con un centro di riferimento regionale)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Apparecchiatura per trattamento ipotermico (prevedere centri di riferimento per bacino)	1(protocollo condiviso con centro di riferimento regionale)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Possibilità sterilizzazione incubatrici		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Possibilità effettuazione alimentazione enterale	SI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



**OBBIETTIVO 4: Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento****Referente obiettivo: DPS - Servizio 4**

Con Atto della Conferenza Stato Regioni n. 143 del 01 Agosto 2019 sono state approvate le “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso” e le linee di indirizzo nazionali sull’osservazione breve intensiva – OB per definire le strategie nazionali per la corretta gestione dei pazienti urgenti, anche al fine di contribuire al superamento delle disuguaglianze ancora oggi osservabili tra i diversi contesti regionali ed aziendali.

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

Le linee di indirizzo sottolineano che *“al fine di garantire una presa in carico del problema e consentire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini che si rivolgono al Pronto Soccorso, è necessario un impegno comune di tutti i livelli Istituzionali coinvolti, delle Direzioni Strategiche Aziendali e delle Direzioni di Presidio Ospedaliero e di Dipartimento, oltre che dei diversi servizi che interagiscono in ambito ospedaliero e nell’interfaccia tra il contesto ospedaliero e quello territoriale/domiciliare. Ciò in quanto il fenomeno non può essere considerato un evento di esclusiva pertinenza del Pronto Soccorso e richiede, pertanto, una molteplicità di interventi di livello sistemico e locale, volti alla corretta pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri.*

*La pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri dovrà identificare un insieme di interventi organici, atti ad accompagnare tutte le fasi del percorso assistenziale, a partire da Pronto Soccorso, passando per la fase di ricovero e fino al momento della dimissione.”*

Gli indicatori assegnati sono

**Il tempo Massimo di Permanenza (TMP): Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso**

Al riguardo le linee di indirizzo nazionali sull’osservazione breve intensiva prevedono un Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso di 8 ore.

Considerando una percentuale media italiana di pazienti che accedono in OBI compresa tra il 5-8 per cento del totale dei pazienti gestiti in PS, al fine di contenere i tempi di permanenza in PS, l’obiettivo assegnato per il prossimo triennio prevede di garantire all’85% dei pazienti la dimissione entro 8 ore dalla presa in carico al triage.

**Boarding: Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero maggiore di 44 ore**

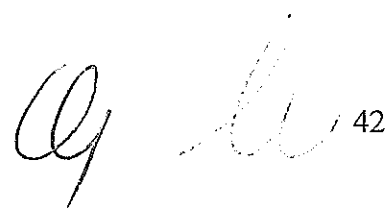
Le linee di indirizzo del sovraffollamento prevedono inoltre il controllo del boarding, fenomeno definito come la “cattiva pratica” di tenere pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o giorni per la mancanza di posti letto; esso rappresenta la causa primaria del sovraffollamento del Pronto Soccorso. Le conseguenze del boarding sono:

- per i pazienti: aumento della morbilità, della lunghezza del ricovero, della mortalità e aumento della sofferenza di quelli che aspettano distesi sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o anche giorni;
- per gli operatori: aumento dello stress e burn out, diminuzione della capacità di rispondere alle emergenze

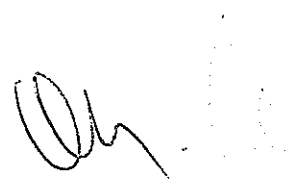


<p>e ai disastri;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>per il sistema: la diversione o il blocco delle ambulanze, l'aumento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso</li> </ul> <p>Allo scopo di contenere il fenomeno del boarding, l'obiettivo assegnato per il prossimo triennio un valore massimo dell'indicatore pari al 2% .</p>	
<b>INDICATORI</b>	<p>1) <b>Indicatore TMP:</b> Tempo massimo dalla presa in carico dal triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso <math>\leq 8h</math>; Indicatore calcolato su pazienti su tutti gli esiti da flusso EMUR escluso esito 6 (abbandono PS prima della visita medica) e 7 (paziente abbandona il PS in corso di accertamenti)</p> <p>2) <b>Indicatore Boarding:</b> Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero maggiore di 44 ore;</p> <p>Indicatore calcolato esclusivamente su pazienti con esito di trattamento uguale a ricovero in reparto di degenza o trasferimento ad altro istituto (fonte flusso EMUR)</p>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<p>1) <b>TMP:</b> <math>\geq 85\%</math></p> <p>2) <b>Boarding:</b> <math>\leq 2\%</math></p>
<b>SCALA</b>	<p><b>Indicatore 1</b></p> <p><b>TMP <math>\geq 85\%</math>:</b> pieno raggiungimento dell'obiettivo</p> <p><b>TMP compreso tra 75% e <math>&lt; 85\%</math>:</b> raggiungimento dell'obiettivo al 50%</p> <p><b>TMP <math>&lt; 75\%</math>:</b> obiettivo non raggiunto</p> <p><b>Indicatore 2</b></p> <p><b>Boarding <math>\leq 2\%</math>:</b> pieno raggiungimento dell'obiettivo</p> <p><b>Boarding compreso tra 2% e 4%:</b> raggiungimento dell'obiettivo al 50%</p> <p><b>Boarding <math>&gt; 4\%</math>:</b> obiettivo non raggiunto</p>

<b>PUNTEGGIO</b>	<b>4 per ASP</b> <b>8 per AO e AOU</b> 70% del punteggio per l'Indicatore 1 30% del punteggio per Indicatore 2

 42

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



**OBBIETTIVO 5: Screening oncologici****Referente obiettivo: DASOE – Servizio 1**

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

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

Con Le recenti circolari: prot. n. 42278 del 15/12/2022, n. 30611 dell'8/09/2023 (*Piano di Prevenzione 2020.2025. Potenziamento degli screening oncologici*) n. 42154 del 4/12/2023 sono state definite le azioni necessarie ad ottenere il potenziamento degli screening oncologici, in accordo al **Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025**.

**INDICATORI****ASP****ASP: INDICATORI DI RISULTATO**

L'**indicatore di risultato**, per ciascuno dei 3 screening, è il numero di persone che hanno effettivamente eseguito il test in rapporto alla popolazione target annuale, rappresentato dall'**indicatore LEA**.

**Formule di riferimento:**

1. Calcolo dell'indicatore LEA:

adesione corretta x estensione corretta

2. Calcolo della Popolazione Bersaglio Annuo

$$\text{Mammografico} = \frac{\text{Popolazione ISTAT Donne 50-69 anni}}{2}$$

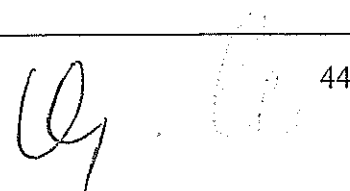
$$\text{Cervicocarcinoma} = \frac{\text{Popolazione ISTAT Donne 25-34 anni}}{3} + \frac{\text{Popolazione ISTAT Donne 35-64}}{5}$$

$$\text{Colon Retto} = \frac{\text{Popolazione ISTAT Uomini 50-69 anni} + \text{Popolazione ISTAT Donne 50-69 anni}}{2}$$

Dalla popolazione target possono essere esclusi i soggetti individuati nella circolare n. 51139 del 15/12/2021

Pertanto il calcolo degli indicatori di performance corretti risultano i seguenti:

44



**Adesione all'invito Corretta (%) =**

$$3. \frac{\text{Popolazione Rispondente}}{\text{Popolazione invitata} - \text{Inviti inesitati} - \text{Esclusi dopo l'invito}} \times 100$$

$$4. \text{Estensione Corretta (\%)} = \frac{\text{Popolazione Invitata} - \text{Inviti inesitati}}{\text{Popolazione Bersaglio Annua} - \text{Esclusi prima dell'invito}}$$

**ASP: INDICATORI DI PROCESSO**

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

- Adeguamento delle dotazioni organiche  
(SI/NO) si= 1 no=0
- Coinvolgimento e collaborazione MMG per il counseling e la prenotazione diretta dei pazienti in età target non-responder (% MMG aderenti)
- in proporzione del MMG coinvolti – 0-20%=0 20-60%1, oltre 60%=2
- In applicazione della circolare prot. n. 42278 del 15/12/2022, regolamentazione dell'accesso ai test di screening scoraggiando l'uso "opportunistico" dei codici di esenzione D02 e D03, attivando in tal senso i Dip. Di cure primarie e i CUP aziendali  
Prestazioni inappropriate 0-10%= 1; >11%=0
- Formazione del personale dedicato allo screening (SI/NO)  
si= 1 no=0
- Organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla popolazione target  
(SI/NO) si= 1 no=0

<p><b>VALORI OBIETTIVO</b></p>	<p>ASP</p> <p>Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% di <i>estensione</i> su tutti e 3 gli screening,</li> <li>- 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto,</li> <li>- 60% per il tumore della mammella;</li> </ul> <p>ne consegue che i relativi indicatori LEA sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e 60% per il tumore della mammella.</p>
<p><b>SCALA</b></p>	<p>ASP</p> <p>Per ogni screening, in linea con le soglie definite dal NSG:</p> <p><b>cervice e colon-retto</b></p> <p>Indicatore LEA &lt;25% = 0  25-29% = 5  30-34% = 6  35-39% = 7  40-44% = 8  45-49% = 9  ≥50% = 10</p> <p><b>Mammella</b></p> <p>Indicatore LEA &lt;35% = 0  35-39% = 5  40-44% = 6  45-49% = 7  50-54% = 8  55-59% = 9  ≥60% = 10</p> <p>Il massimo punteggio ottenibile, per ciascun screening è quindi 10, in rapporto alla percentuale raggiunta saranno assegnati in proporzione i punti per un massimo di 3 per ogni screening.</p> <p>Il punteggio ottenuto tramite indicatore LEA sarà proporzionalmente aumentato (comunque fino a un massimo di 15) o ridotto in relazione al raggiungimento o meno degli obiettivi di processo secondo il punteggio loro attribuito.</p>
<p><b>AZIENDE OSPEDALIERE</b></p>	<p>Gli indicatori esprimono la collaborazione con le ASP per il raggiungimento del risultato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP</li> </ul>



	<p><b>(SI/NO) si= 1, no=0</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening <b>si= 1, no=0</b></li> <li>- Esecuzione delle prestazioni di approfondimento richieste dalla ASP <b>100%=1, &lt;100%=0</b></li> <li>- Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening <b>(SI/NO) si= 2 no=0</b></li></ul>
--	--



**OBBIETTIVO 6: Donazione sangue , plasma, organi e tessuti****Referente obiettivo: DASOE - Servizio 6**

Nell'anno 2023 la donazione di **emazie** concentrate (204.257) in Sicilia ha registrato un incremento del 2,13 %, rispetto all'anno 2022 (199.981), rispetto al fabbisogno annuale che si attesta in 196.469 unità riferito alla popolazione residente (4.791.993 abitanti al 30/11/2023 - dati Istat) in base ai parametri nazionali e internazionali che fissano in 41 unità x 1000 abitanti il rapporto ottimale per territorio tra popolazione residente e donazioni. Il consumo complessivo, tuttavia, è stato di 206.586 unità e ciò ha comportato l'importazione extraregionale di 2.329 unità.

Anche nella raccolta di **plasma** il 2023 ha registrato un sostanziale incremento tale da avvicinarsi al rapporto di 18 Kg per 1000 abitanti. Nell'anno 2023 la donazione di plasma (69.960 kg) in Sicilia ha registrato un incremento del 4,2 %, rispetto all'anno 2022 (67.139 kg), rispetto al fabbisogno annuale che si attesta in 86.256 kg riferito alla popolazione residente (4.791.993 abitanti al 30/11/2023 - dati Istat) in base ai parametri nazionali e internazionali che fissano in 18 kg x 1000 abitanti il rapporto ottimale per territorio tra popolazione residente e donazioni.

Ne consegue, che i dati registrati di incremento della donazione di sangue e plasma, seppur positivi, non hanno però raggiunto i livelli di autosufficienza regionale il cui obiettivo prioritario rimane in carico alle aziende sanitarie ed alla corretta gestione delle attività trasfusionali e dei rapporti con le Associazioni e federazioni di donatori di sangue operanti sul territorio di competenza. A ciò si aggiunga che, proprio dalla lavorazione del plasma inviato all'industria se ne ricavano farmaci plasmaderivati salvavita a disposizione, gratuitamente, delle aziende sanitarie la cui disponibilità a livello commerciale è sempre più ridotta sia a livello nazionale che internazionale, come rileva uno studio dell'OMS e i continui appelli del Centro Nazionale Sangue di aumentare le donazioni di sangue per compensare la carenza mondiale.

Obiettivo per il 2024 è quello di raggiungere l'autosufficienza regionale di emazie concentrate e di implementare ulteriormente le raccolte di plasma per tendere alla sua autosufficienza.

Nell'anno 2023 la donazione d'**organi e tessuti** in Sicilia ha subito un notevole decremento rispetto ai traguardi raggiunti nell'anno 2022. Infatti, nel 2023 il numero di accertamenti di morte con metodo neurologico è stato di 27,8 pmp contro i 30,5 dell'anno 2022 e gli oltre 43 pmp della media nazionale. Inoltre, il numero di donatori procurati del 2023 è stato di 11,2 pmp contro 18,1 pmp del 2017 e gli oltre 27 della media nazionale. Infine, il tasso di opposizione registrato nel 2023 è stato pari al 47% contro il 37% del 2022 e circa il 28% della media nazionale.

Parimenti, per quanto concerne il procurement del tessuto corneale è stata registrata nell'anno 2023 una contrazione rispetto all'anno precedente attestandosi su 104 cornee prelevate contro 118 del 2022 in un contesto che prevede un fabbisogno regionale stimato di oltre 600 cornee/anno.

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

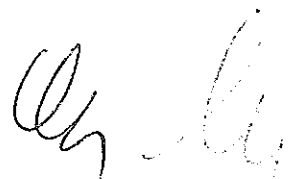
Gli indicatori e i valori target sono relativi all'anno 2024; per l'anno 2025 verranno definiti anche in base ai risultati conseguiti nell'anno precedente




<p style="text-align: center;"><b>INDICATORE</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Istituzione del Coordinamento Locale Aziendale per il Procurement Organi e Tessuti con assegnazione dell'incarico di altissima specialità per il Coordinatore locale Aziendale e l'individuazione di un infermiere dedicato al procurement (ASR Programma nazionale donazioni 2018 - 2020) (PESO 10%)</li> <li>2. Numero di accertamenti di morte con criterio neurologico/numero di decessi aziendali per grave neurolesione (PESO 30%)</li> <li>3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)</li> <li>4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)</li> <li>5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>VALORI OBIETTIVO e SCALA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI / NO</li> <li>2. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se rispetto al 2023 l'incremento del numero di accertamenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>nell'anno 2024 sarà pari o superiore al 5%</li> <li>nell'anno 2025 sarà pari o superiore al 15%</li> <li>nell'anno 2026 sarà pari o superiore al 25%</li> </ul> <p>L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se rispetto al 2023 l'incremento del numero di accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nell'anno 2024 sarà inferiore al 5%</li> <li>nell'anno 2025 sarà inferiore al 15%</li> <li>nell'anno 2026 sarà inferiore al 25%</li> </ul> <p>L'obiettivo sarà raggiunto all'50% se rispetto al 2023 l'incremento del numero di accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nell'anno 2024 sarà inferiore al 3%</li> <li>nell'anno 2025 sarà inferiore al 10%</li> <li>nell'anno 2026 sarà inferiore al 15%</li> </ul> <p>L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se rispetto al 2023 l'incremento del numero di accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nell'anno 2024 sarà inferiore al 2%</li> <li>nell'anno 2025 sarà inferiore al 7%</li> <li>nell'anno 2026 sarà inferiore al 10%</li> </ul> </li> <li>3. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se il tasso di opposizione sarà</li> </ol>



	<p>non superiore al 38%. L'obiettivo sarà raggiunto all' 80% se nell'anno 2024 il tasso di opposizione sarà non superiore al 41%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se nell'anno 2024 il tasso di opposizione sarà non superiore al 45%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se il tasso di opposizione registrato nell'anno 2024 sarà superiore al 45%.</p> <p>4. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se rispetto al 2023 l'incremento del numero di cornee procurate:</p> <p>nell'anno 2024 sarà pari o superiore al 10%</p> <p>nell'anno 2025 sarà pari o superiore al 20%</p> <p>nell'anno 2026 sarà pari o superiore al 30%</p> <p>L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se rispetto al 2023 l'incremento del numero delle cornee procurate</p> <p>nell'anno 2024 sarà inferiore al 5%</p> <p>nell'anno 2025 sarà inferiore al 15%</p> <p>nell'anno 2026 sarà inferiore al 25%</p> <p>L'obiettivo sarà raggiunto all'50% se rispetto al 2023 l'incremento del numero delle cornee procurate</p> <p>nell'anno 2024 sarà inferiore al 3%</p> <p>nell'anno 2025 sarà inferiore al 10%</p> <p>nell'anno 2026 sarà inferiore al 20%</p> <p>L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se rispetto al 2023 l'incremento del numero delle cornee procurate</p> <p>nell'anno 2024 sarà inferiore al 2%</p> <p>nell'anno 2025 sarà inferiore al 7%</p> <p>nell'anno 2026 sarà inferiore al 15%</p> <p>5. SI/NO</p>
<p><b>PUNTEGGIO</b></p>	<p><b>5 per ASP</b> <b>9 per AO e AOU</b></p>



**OBBIETTIVO 7: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)****Referente obiettivo: Referente obiettivo: DPS – Area Interdipartimentale 3**

Nell'ambito della Missione 6 – Salute del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, la regione Siciliana mira a riformare il Servizio Sanitario Regionale (SSR), grazie al finanziamento del programma dell'Unione europea "Next Generation Europe", anche sfruttando appieno le opportunità di miglioramento dell'offerta di salute derivanti dall'impiego dell'innovazione tecnologica e digitale.

In particolare, secondo quanto previsto nel Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto a maggio 2022, l'obiettivo dell'Assessorato Regionale della Salute, in qualità di Soggetto Attuatore degli interventi, mira a migliorare l'efficacia di cura delle persone, anche attraverso il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), e a migliorare la capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Nello specifico, nella programmazione regionale della Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" sono ricompresi anche i sub-investimenti che si riportano di seguito, corredati dei relativi target e milestone:

M6C2:

1.3 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione:

1.3.1 (b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome: alimentazione del FSE da parte dell'85% dei medici di base entro la fine del 2025 e utilizzo del FSE di tutte le Regioni entro giugno 2026;

1.3.2 Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA:

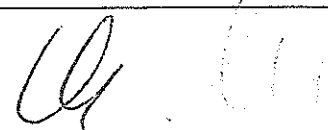
1.3.2.2 Reingegnerizzazione NSIS a livello locale:

1.3.2.2.1 Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali (Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie): adozione a livello regionale dei 4 nuovi flussi informativi entro il 31 marzo 2025.



Nello specifico, il progetto FSE e quello relativo all'adozione dei 4 nuovi flussi mirano congiuntamente a estendere e uniformare a livello regionale i contenuti dei documenti digitali sanitari e a facilitarne l'alimentazione e la consultazione da parte dei professionisti della sanità. L'obiettivo è il potenziamento dei sistemi per la raccolta dei dati, mediante l'integrazione dei dati clinici e amministrativi dei flussi di dati Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), con i dati clinici del FSE e con le altre informazioni derivanti da ulteriori flussi di dati relativi alla salute, nell'ambito dell'approccio One Health. L'implementazione dei 4 nuovi flussi informativi sanitari, risulta fondamentale per completare il monitoraggio dei LEA e potenziare la qualità dei dati clinici e amministrativi dei dati esistenti. In questo modo si intende imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastruttura tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSR della regione Siciliana, grazie al rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA, ossia i servizi garantiti dal SSN in tutto il paese) e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico.

**INDICATORE****Indicatore 1***Numeratore:* Documenti indicizzati*Denominatore:* n° di prestazioni erogate

	<p><i>Fattore di scala: (x 100)</i></p> <p><b><u>Indicatore 3</u></b>  <i>Numeratore: n° documenti in CDA2</i>  <i>Denominatore: n° documenti indicizzati</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i></p> <p><b><u>Indicatore 4</u></b>  <i>Numeratore: n° documenti firmati in PaDES</i>  <i>Denominatore: n° documenti indicizzati</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i>  di cui</p> <p><b><u>Indicatore di alimentazione IA1.1</u></b>  <i>Numeratore: n° di Lettere di Dimissioni Ospedaliere Indicizzate</i>  <i>Denominatore: n° ricoveri</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i></p> <p><b><u>Indicatore di alimentazione IA1.2</u></b>  <i>Numeratore: n° di Verbali di Pronto Soccorso Indicizzati</i>  <i>Denominatore: n° Accessi di Pronto Soccorso</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i></p> <p><b><u>Indicatore di alimentazione IA1.3</u></b>  <i>Numeratore: n° Referti di Laboratorio Indicizzati</i>  <i>Denominatore: n° Prestazioni di Laboratorio Erogate</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i></p> <p><b><u>Indicatore di alimentazione IA1.4</u></b>  <i>Numeratore: n° Referti di Radiologia indicizzati</i>  <i>Denominatore: n° Prestazioni di Radiologia Erogate</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i></p> <p><b><u>Indicatore di alimentazione IA1.5</u></b>  <i>Numeratore: n° Referti di Specialistica Ambulatoriale Indicizzati</i>  <i>Denominatore: n° Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Erogate</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i></p> <p><b><u>Indicatore di alimentazione IA1.6</u></b>  <i>Numeratore: n° Referti di Anatomia Patologica Indicizzati</i>  <i>Denominatore: n° Prestazioni di Anatomia Patologica Indicizzati</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i></p> <p><b><u>Indicatore di alimentazione IA1.7</u></b>  <i>Numeratore: n° Cittadini Residenti con Certificato Vaccinale Indicizzato</i>  <i>Denominatore: n° Cittadini Residenti (su base regionale)</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i></p> <p><b><u>Indicatore di alimentazione IA1.8</u></b>  <i>Numeratore: n° Totale di Documenti Indicizzati</i>  <i>Denominatore: n° Assistiti</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i></p> <p><b><u>Indicatore 2</u></b>  <i>Numeratore: n° di MMG che alimenta il FSE</i>  <i>Denominatore: n° di MMG</i>  <i>Fattore di scala: (x 100)</i>  di cui</p> <p><b><u>Indicatore di utilizzo IU2.2</u></b>  <i>Numeratore: n° Utenti MMG-PLS che hanno effettuato almeno una operazione su ESE (es. di ricerca documenti, consultazione documenti, richiesta di servizio tra quelli previsti nei servizi on-line definiti nelle presenti Linee Guida)</i></p>
--	--



	<p><i>Denominatore: n° Totale MMG-PLS - (fonte denominatore Sistema TS nelle more di ANA)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Fattore di scala: (x 100)</i></li> </ul>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<p>Si prevede di raggiungere nel 2024 le seguenti soglie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 40% - indicatore 1;</li> <li>◦ 30% - indicatore 2;</li> <li>◦ 80% - indicatore 3;</li> <li>◦ 80% - indicatore 4.</li> </ul> <p>Si prevede di raggiungere nel 2025 le seguenti soglie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 65% - indicatore 1;</li> <li>◦ 85% - indicatore 2;</li> <li>◦ 90% - indicatore 3;</li> <li>◦ 90% - indicatore 4.</li> </ul> <p>Si prevede di raggiungere nel 2026 le seguenti soglie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 90% - indicatore 1;</li> <li>◦ 85% - indicatore 2;</li> <li>◦ 90% - indicatore 3;</li> <li>◦ 90% - indicatore 4.</li> </ul>
<b>SCALA</b> (Valore/range di risultato)	SI
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>8 per ASP, AO e AOU</b>



 53



**OBIETTIVO 8: PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.) – Certificabilità dei dati e dei bilanci degli Enti del SSR/ Certificazione dei Bilanci Aziendali**

**Referente obiettivo: DPS - Servizio 5 – U.O.B. 5.1**

Con decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 1 marzo 2013, (pubblicato in G.U.R.I del 26 marzo 2013 - Serie Generale n.72) recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità", sono definiti: "I Percorsi Attuativi della Certificabilità. Requisiti comuni a tutte le regioni", di cui all'allegato A al suddetto decreto.

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

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

L'implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità ha impegnato le Aziende Sanitarie negli anni 2016-2023, nel corso dei quali sono state effettuate anche le verifiche di audit volte ad accertare il reale stato di attuazione delle procedure aziendali.

All'esito delle predette verifiche, sono emerse criticità che hanno indotto l'Amministrazione regionale, sulla scorta delle conformi indicazioni ministeriali rese in merito, ad adottare diversi Decreti Assessoriali, con i quali è stato differito il termine entro il quale definire il percorso di consolidamento del PAC regionale.

A seguito delle recenti valutazioni del *Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza*, l'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano alla piena realizzazione delle Azioni previste dal PAC che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali e successiva certificazione degli stessi.

**INDICATORE**

**INDICATORE AL 31.12.2024**

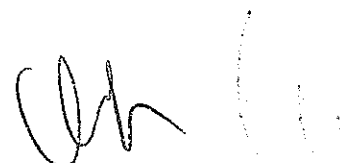
- Istituzione di una **funzione di Internal Audit esclusiva, indipendente, strutturata ed obiettiva** finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo contabile aziendale. (SI/NO)

**INDICATORE AL 30.06.2025**

- Piena attuazione delle procedure aziendali adottate e adeguatamente aggiornate dagli Enti del SSR per il raggiungimento degli **obiettivi e delle azioni PAC** relativi a ciascuno dei cicli e delle Aree di Bilancio. (SI/NO)

**INDICATORE AL 31.12.2026**

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Certificazione dei Bilanci Aziendali <b>(SI/NO)</b></li></ul>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<p><b><u>Obiettivo al 30.06.2025</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Conseguimento della <b>Certificabilità dei dati e dei bilanci degli Enti del SSR</b>, quale conseguenza del raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dal D.M. 1 marzo 2013</li></ul> <p><b><u>Obiettivo al 31.12.2026</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Conseguimento della <b>Certificazione dei Bilanci Aziendali</b> con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento.</li></ul>
<b>SCALA</b> (Valore/range di risultato)	<b>SI</b>
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>8 per ASP, AO e AOU</b>



55

**OBIETTIVO 9: Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo di terapia****Referente obiettivo: DPS - Servizio 7**

L'obiettivo relativo al recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla Centrale Unica di Committenza della Regione Siciliana ha la finalità di rendere tempestivo l'accesso alle terapie farmacologiche, contrastando in tal modo anche possibili fenomeni di mobilità passiva, nonché di garantire la sostenibilità del SSR, attraverso un più rapido approvvigionamento dei farmaci equivalenti e biosimilari a minor costo.

In tal senso si è già espressa la Giunta Regionale con la Deliberazione n. 316 del 27 luglio 2023 recante "*Linee guida per la razionalizzazione e l'armonizzazione delle procedure di acquisto dei farmaci – Apprezzamento*".

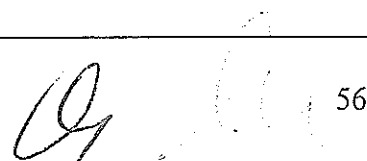
Per quanto sopra, si rende necessario adottare il seguente obiettivo:

**Obiettivo 1. Garantire il recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla Centrale Unica di Committenza della Regione Siciliana entro 10 giorni dalla data di trasmissione del decreto di aggiudicazione.**

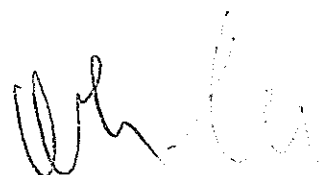
L'obiettivo relativo all'ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia (L. 405/01) ha la finalità di migliorare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e di razionalizzare la spesa farmaceutica convenzionata, grazie alla dispensazione dei farmaci a minor costo, acquistati dalle Aziende Sanitarie a seguito di apposite gare regionali.

**Obiettivo 2. Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario.**

<p><b>INDICATORI (TOTALE 5 PUNTI)</b></p>	<p><b>Obiettivo 1. Garantire il recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla Centrale Unica di Committenza della Regione Siciliana entro 10 giorni dalla data di trasmissione del decreto di aggiudicazione.</b></p> <p><b>Indicatore 1*:</b> procedure adottate dall'Azienda Sanitaria / procedure aggiudicate dalla CUC/ <math>\geq 0,95</math></p> <p>*fonte flusso beni - calcolato solo in relazione alle procedure per le quali l'Azienda Sanitaria ha espresso fabbisogni.</p>
---	---



	<p><b>Obiettivo 2. Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario.</b></p> <p><b>Indicatore 2:</b></p> <p>N. prestazioni I ciclo / N. dimessi sia DH che in regime ordinario <math>\geq 0,8</math></p>
<p><b>VALORI OBIETTIVO E SCALA</b></p>	<p><b>Indicatore 1:</b> obiettivo raggiunto al 100% se il risultato è un rapporto pari o superiore a 95%;</p> <p><b>Indicatore 2:</b> obiettivo raggiunto al 100% se il risultato è un rapporto pari o superiore a 80%.</p>
<p><b>PUNTEGGIO</b></p>	<p><b>5</b> per ASP, AO e AOU (<b>2,5</b> per ciascun indicatore)</p>



57

**OBIETTIVO 10: Area della Performance: garanzia dei LEA nell'Area della Prevenzione, dell'Assistenza Territoriale e dell'Assistenza Ospedaliera secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**

**Referente obiettivo: DPS - Area Interdipartimentale 1**

L'Area della Performance attribuisce quali obiettivi il raggiungimento dei valori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia ai fini della valutazione che in ambito nazionale viene effettuata in merito alla capacità dei sistemi sanitari regionali di garantire sul territorio di ciascuna regione la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Gli indicatori, in particolare, sono stati selezionati tra quelli c.d. "core", vale a dire tra quegli indicatori rilevanti ai fini della predetta valutazione. In taluni casi gli stessi sono stati modificati per renderli maggiormente funzionali al superamento delle criticità in atto registrate dal SSR della Sicilia.

L'Area della Performance, in coerenza con il NSG si articola nelle sub Aree della Prevenzione, dell'Assistenza Territoriale e dell'Assistenza Ospedaliera.

L'Area della Prevenzione costituisce obiettivo soltanto delle ASP.

Si seguito di riporta una elencazione sintetica degli indicatori; nelle tabelle allegate per ciascun indicatore sono indicati i parametri di riferimento.

**AREA DELLA PREVENZIONE - PUNTEGGIO 15 solo ASP**

1. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - codice NSG P01C - **Punteggio 3**
2. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - codice NSG P02C - **Punteggio 3**
3. Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - codice NSG P10Z - **Punteggio 3**
4. Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - codice NSG P12Z - **Punteggio 3**
5. Indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT) - codice NSG P14C - **Punteggio 3**

**AREA ASSISTENZA TERRITORIALE – PUNTEGGIO 12 ASP, AO e AOU**

1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$  anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - codice NSG D03C – **Punteggio 2**
2. Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $< 18$  anni) per asma e gastroenterite - codice NSG D04C – **Punteggio 2**
3. Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3) - codice NSG D22Z – **Punteggio 5**
4. Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - codice NSG D30Z – **Punteggio 3**

**AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA PUNTEGGIO 8 ASP, 18 AO e AOU**

1. Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - codice H02Z **Punteggio 2 ASP, 4 AO e AOU**
2. Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - codice H04Z **Punteggio 2 ASP, 4 AO e AOU**
3. Frequenza di infezioni post-chirurgiche - codice H16S **Punteggio 4 ASP, 10 AO e AOU**

