

**REGIONE SICILIANA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**ENNA**



**PIANO DELLA PERFORMANCE**  
**2013/2015**

## INDICE

### PREMESSA

#### Cap. I

#### IL CICLO DELLA PERFORMANCE

- par.1 Albergo della performance
- par.2 Il piano della performance

#### Cap. II

#### SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE

- par.1 Chi siamo
- par.2 L'Amministrazione in cifre

#### Cap.III

#### OBIETTIVI ASSEGNATI ALL'AZIENDA

- par.1 Normativa di riferimento
- par.2 Il Piano Sanitario Nazionale
- par. 3 Il Piano Sanitario Regionale
- par. 4 Il Piano Attuativo Aziendale
- par. 5 Il Piano di Rientro

#### Cap.IV

#### OBIETTIVI DELLA DIRIGENZA

- par.1 Obiettivi strategici (di out come)
- par.2 Obiettivi operativi ( di output)
- par.3 Obiettivi anno 2012-2013

#### Cap.V

#### MISURAZIONE E VALUTAZIONE

- par.1 Performance organizzativa e performance individuale
- par.2 Organismi di valutazione : OIV – Collegi tecnici

#### CAP.VI

#### PROCESSO PER LA GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

- Par. 1 Coerenza con la programmazione economico- Finanziaria di Bilancio
- Par.2 Integrazione con gli standard di qualità
- Par.3 Integrazione con il Piano triennale della Trasparenza e Integrità
- Par.4 Miglioramento della fruibilità all'esterno delle informazioni contenute nel piano
- Par.5 relazione sulla Performance

## **PREMESSA**

Il legislatore con il d.lgs 150/2009, ha introdotto il concetto di performance al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione della P.A.

A tal fine ha reso obbligatorio l'adozione del **Piano della Performance** che ha per oggetto la definizione del sistema di valutazione, monitoraggio e misurazione delle attività/azioni volte al soddisfacimento dei bisogni pubblici con riferimento alla "mission" di ogni singolo ramo della P.A.

La "**performance**" è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi prefissati nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance

Con il presente piano, dopo aver presentato l'Asp di Enna e le modalità di assegnazione da parte degli enti sovraordinati alla stessa degli obiettivi da raggiungere, vengono definiti gli obiettivi che con il coinvolgimento di tutte le UU.OO. aziendali s'intende raggiungere .

Gli obiettivi individuati dall'ASP di Enna mirano a migliorare la qualità della vita e di salute del cittadino/paziente e vedono l'attore principale nell'erogatore delle prestazioni cui sono orientati gli obiettivi operativi.

L'Azienda vigilerà sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi di output .

## CAPITOLO I

### IL CICLO DELLA PERFORMANCE

---

#### **Par. 1 - Albero della performance**

Nell'ambito dell'ASP la misurazione e la valutazione della performance è finalizzata a favorire il miglioramento delle attività cliniche ed assistenziali e dei servizi diagnostici, rivolti al paziente/cittadino, promuovendo la crescita delle competenze da parte delle risorse umane impiegate.

Essa si concretizza nella esecuzione di un'azione, nella verifica dei risultati della stessa ed nelle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

La programmazione pluriennale cui si fa riferimento è quella delineata nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale.

La programmazione regionale svolge la funzione strategica di rilevare i bisogni della persona e li traduce in obiettivi specifici da assegnare alle aziende sanitarie presenti nel territorio delineando priorità e risorse e tenendo conto che resta fondamentale il mantenimento dell'equilibrio economico nonché la soddisfazione dei bisogni e delle aspettative dei cittadini.

Queste esigenze vengono integrati con le esigenze aziendali derivanti dall'analisi del contesto esterno e del contesto interno e, quindi, tradotti in obiettivi strategici e declinati in obiettivi operativi.

Per rispondere a queste esigenze è necessario sviluppare regole e standard che consentano di:

- promuovere la razionalizzazione dei processi sanitari, tecnico/ amministrativi;
- sviluppare le competenze professionali ( conoscenze, abilità, comportamenti etici etc..) al fine di sviluppare le risorse umane;

- sviluppare standard di qualità;
- sviluppare forme di comunicazione istituzionali.
- Promuovere le pari opportunità.

### **Par.2 Il Piano della Performance**

*Il Piano della performance*, definito dall'art.10 c.1 del D.Lgs 150 del 27 ottobre 2009, è un documento di programmazione triennale che rappresenta agli organi superiori, ai dirigenti ed agli "stakeholder" (rectius i cittadini-utenti), gli obiettivi, gli indicatori e la performance che l'Amministrazione intende raggiungere nel triennio. Il Piano si inserisce nel complesso delle misure introdotte dal D.Lgs. 150/2009 in materia di trasparenza ed, in particolare, attiene ai dati informativi sull'organizzazione, la performance ed i procedimenti.

Il piano indica:

- gli obiettivi aziendali strategici ed operativi;
- le modalità ed il processo seguiti per la formulazione degli obiettivi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Ai sensi dell'art. 5 c. 1 del D.Lgs. n. 150/09, gli obiettivi devono essere definiti in coerenza con quelli di bilancio e devono possedere le seguenti peculiarità:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;

- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili in linea con la programmazione economica aziendale.
- Essendo un atto di programmazione pluriennale, con pianificazione delle attività per l'anno in corso il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione a :
  - Obiettivi definiti in sede di programmazione regionale e negoziazione degli obiettivi con l'Assessorato Regionale alla Salute;
  - Modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
  - Modifica della struttura organizzativa e delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Nel redigere il presente Piano , triennio 2013/2015, oltre a tenere conto delle linee guida fornite dalla CIVIT con delibere n. 112/2010 e n. 1/2012 sono state attenzionate le recenti linee guida relative all'annualità 2013 con le quali la CIVIT ha fornito indicazioni per eliminare le principali criticità emerse a conclusione del primo ciclo della performance ( 2009/2012) nelle Pubbliche Amministrazioni.

Alla luce delle sopracitate considerazioni, per l'anno 2013, questa ASP intende focalizzare l'attenzione sugli elementi chiave individuati dalla CIVIT e di seguito descritti.

1. **Migliorare il collegamento tra il Piano e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.**
2. **Integrare il ciclo della performance con gli standard di qualità dei servizi ed il Piano della trasparenza e della integrità.**
3. **Migliorare la fruibilità all'esterno delle informazioni contenute nel Piano attraverso una maggiore esplicitazione degli obiettivi ( strategici ed operativi) e gli indicatori di risultato.**
4. **Adottare il nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance individuale dei dirigenti che deve tenere conto degli obiettivi, indicatori e target specificati nei suddetti documenti.**

## **CAPITOLO II**

### **SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE**

---

---

#### **Par. 1 – CHI SIAMO**

L’A.S.P. di Enna è stata costituita con la L.R. n. 5/2009.

Essa è preposta alla gestione sanitaria della provincia di cui fanno parte i comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villarosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto. Inoltre, gestisce la sanità di un comune della provincia di Messina (Capizzi).

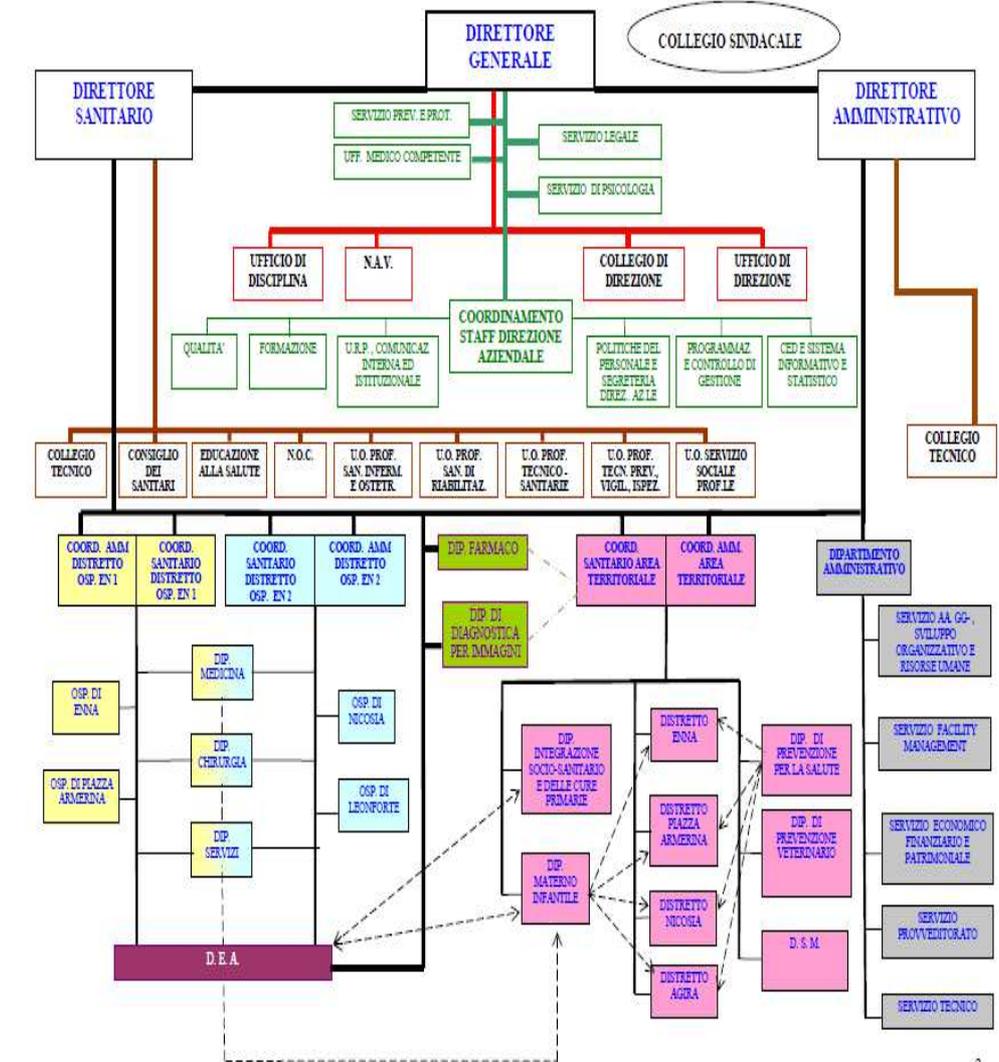
La L.R n. 5/09 :

- ha identificato nel territorio regionale due bacini territoriali, Occidentale e Orientale (del quale ultimo fa parte l’ASP di Enna), per ottimizzare gli acquisti di beni e servizi, per il coordinamento delle funzioni e dei servizi a livello interaziendale e per lo sviluppo di progetti comuni;
- ha costituito l'unica ASP provinciale, subentrata alle due preesistenti Aziende sanitarie (ex AUSL 4 ed ex Azienda Ospedaliera Umberto I );
- ha individuato, nell’ambito dell’ASP , 3 macrostrutture organizzative:
  - Il Distretto Ospedaliero Enna 1, cui afferiscono gli stabilimenti ospedalieri di Enna e di Piazza Armerina;
  - Il Distretto Ospedaliero Enna 2, cui afferiscono i distretti ospedalieri di Nicosia e Leonforte;
  - Il Distretto dell’Area Territoriale, cui afferiscono i quattro Distretti Sanitari Territoriale (Agira, Nicosia, Enna, e Piazza Armerina) e i Dipartimenti Territoriali.-



# Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

Di seguito si rappresenta l'organigramma come definito nell'atto aziendale approvato dall'Assessorato Regionale della Salute



### Par. 2 – L'amministrazione in cifre

L'ASP si è dotata dei seguenti atti di organizzazione generale ,pubblicati sul sito istituzionale:

l'Atto Aziendale, il Regolamento di Funzionamento e la pianta organica.

RUOLO E AREA CONTRATTUALE	Consistenza al 31/12/2011		Consistenza al 31/12/2012	
	numero dipend. A tempo indeterminato (1)	numero dipend. a tempo determinato (2)	numero dipend. A tempo indeterminato (1)	numero dipend. a tempo determinato (2)
<b>RUOLO SANITARIO</b>				
Dirigenza medica e veterinaria	430	39	443	24
Dirigenza sanitaria non medica	52	0	50	1
Comparto sanitario	839	47	827	34
<b>Totale</b>	<b>1321</b>	<b>86</b>	<b>1320</b>	<b>59</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>				
Dirigenza professionale	7	0	7	0
Comparto professionale	2	0	2	0
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
<b>RUOLO TECNICO</b>				
Dirigenza tecnica	4	0	4	0
Comparto tecnico	424	8	400	0
<b>Totale</b>	<b>428</b>	<b>8</b>	<b>404</b>	<b>0</b>
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>				
Dirigenza amministrativa	18	0	17	0
Comparto amministrativo	214	0	213	0
Personale ex LSU contrattualizzato	0	65	0	74
<b>Totale</b>	<b>232</b>	<b>65</b>	<b>230</b>	<b>74</b>
<b>TOTALE RUOLI</b>	<b>1990</b>	<b>159</b>	<b>1963</b>	<b>133</b>
<b>ALTRO PERSONALE</b>				
LSU integraz. oraria	0	9	0	9
Ass.ti Religiosi	0	3	0	3
Suore	0	2	0	2
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1990</b>	<b>173</b>	<b>1963</b>	<b>147</b>

(1) Riferito al personale dipendente a tempo indeterminato, compresi art. 15 septies D.Lgs 502/92.

(2) Riferito al personale dipendente a tempo determinato, compreso personale ex LSU contrattualizzato, i cui valori sono espressi in "full time equivalent".

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

Si rappresentano di seguito i principali dati di bilancio con un raffronto dei costi e dei ricavi inerenti l'anno 2011 e 2012. I dati mostrano che il risultato di esercizio è in perdita ma occorre precisare che la stessa è coerente con il risultato negoziato dalla Direzione Generale per l'anno 2012 con l'Assessorato Regionale della Salute stante il Piano di Rientro.

DESCRIZIONE	2011	2012
<b>A) Valore della produzione</b>		
A.1) Contributi in c/esercizio	315.122	304.657
A.2) Rettifica contributi C/esercizio per destinazione ad investimenti	-	-
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	911	909
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	12.642	36.086
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2859	2453
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie(ticket)	1841	1884
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	3947	3948
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-
A.9) altri ricavi e proventi	446	491
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>337.768</b>	<b>350.428</b>
<b>B.) Costi della produzione</b>		
B.1) ACQUISTI DI BENI	25.993	27.902
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	168.383	191.663
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE(ordinaria esternalizzata)	2.364	2.732
B.4) GODIMENTO BENI TERZI	2.399	2.686
<b>Totale costo del personale</b>	119.514	118.064
B.5) PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO	93.338	92.487
B.6) PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE	647	665
B.7) PERSONALE DEL RUOLO TECNICO	14.468	13.879
B.8) PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	11.061	11.033
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	1.736	1.977
<b>Totale ammortamenti(B.10+B.11+B.12+B.13)</b>	5.748	5.968
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-
B.15) Variazione delle rimanenze	-313	-67
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	4.735	1.830
<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>330.559</b>	<b>352.755</b>
<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	<b>-1486</b>	<b>-912</b>
<b>Totale rettifiche di valore di attività finanziarie(D)</b>	-	-
<b>Totale proventi e oneri straordinari ( E)</b>	<b>3.221</b>	<b>-1.147</b>
<b>Totale imposte e tasse</b>	<b>8.923</b>	<b>8.721</b>
<b>Risultato di esercizio</b>	<b>21</b>	<b>-13.107</b>

## **CAPITOLO III**

# **OBIETTIVI ASSEGNATI ALL'AZIENDA**

---

---

### **Par. 1 - Normativa di riferimento**

In ambito sanitario, secondo i dettami del d.lgs. n.502/923 smi, la LR n. 30/93 smi, la L.R. n. 5/2009, gli obiettivi che l'azienda deve raggiungere sono definiti :

- **dal Piano Sanitario Nazionale** , per le individuazione degli obiettivi generali;
- **dal Piano Sanitario Regionale**, per la concreta attuazione degli obiettivi definiti a livello superiore avendo riguardo alle specificità regionali;
- **dal Piano Attuativo Locale**, per la pratica attuazione dei principi sopra definiti con riguardo alle necessità dei territori di riferimento.
- **dal Piano di rientro** ( Regionale e Aziendale)

Nell'ambito delle linee guida generali dettate dai Piani sopra indicati, vengono individuati e sviluppati gli obiettivi delle singole Unità Operative (sanitarie ed amministrative) per le quali si rinvia al capitolo IV.

### **Par. 2 - Il Piano Sanitario Nazionale**

*Il P. S. N.* definisce gli obiettivi ed i livelli essenziali ed uniformi di assistenza .

Per il triennio 2011 / 2013 indica le azioni per lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale, individuandole :

- nel rilancio della Prevenzione
- nella centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali
- nella riorganizzazione delle cure primarie e delle strutture territoriali
- nella riorganizzazione della medicina di laboratorio e della diagnostica di laboratorio e per immagini
- nella riorganizzazione delle reti ospedaliere
- nella riabilitazione

- nella valutazione delle nuove tecnologie sanitarie
- negli investimenti per l'ammmodernamento strutturale e tecnologico del S.S.N.

### Par. 3 – Il Piano Sanitario Regionale

In riferimento agli obiettivi del PSN la Regione Sicilia elabora il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi al fine di soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale.

In atto il P.S.R. “ Piano della salute 2011/2013” è stato approvato con Decreto presidenziale 18/7/2011 ( il PSR triennio 2012-2014 è in fase di approvazione) .

La L.R. n. 5/09 rappresenta un punto di svolta anche rispetto alle misure assunte dalla Regione nell'ambito del Piano di contenimento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009 (c.d. Piano di rientro).

Essa costituisce, infatti, il fondamento normativo per rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la sanità è articolata, gestita ed erogata nella Regione, in quanto incide sull'assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell'offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio ed introduce chiari meccanismi operativi di governo e controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse.

L'azione di governo regionale, delineata dalla legge di riforma, si articola lungo le seguenti linee di intervento:

- il progressivo spostamento **dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio** al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni;
  - il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata** realizzata attraverso l'accorpamento e la rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati;
  - il superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture**, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale;
  - il potenziamento dei servizi e dei posti letto** destinati alle attività di

riabilitazione, lungo-degenza e post-acuzie;

- la riduzione della **mobilità sanitaria passiva** extra-regionale;
- il progressivo contenimento **dei ricoveri inappropriati** con ricorso a forme alternative di erogazione dell'assistenza sanitaria, quali day-service, ambulatorio e assistenza domiciliare;
- l'introduzione di un **sistema di assegnazione delle risorse** commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell'operato delle aziende;
- l'attuazione del principio della **responsabilità attraverso un sistema di controlli e verifiche** che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell'informatizzazione dei flussi.

### •Par. 4 - Il Piano Attuativo Aziendale (PAA)

Previsto dall'art. 5 della L.R. 5/2009, è l'atto, di durata triennale, con il quale le aziende sanitarie programmano, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini previsti dal PSR, le attività sanitarie da svolgere.

Il Piano Attuativo triennale si realizza attraverso la definizione di programmi annuali di attività da trasmettere all'Assessorato Regionale Sanità per le verifiche di compatibilità con gli atti di programmazione regionale .

Sulla base dei principi cardine del PSR sopraelencati il PAA deve porre il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale , tenendo conto delle esigenze che attengono alla sfera della persona, avendo riguardo da un lato alla promozione del territorio quale base primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e dall'altro lato alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando sull'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

L'ASP di Enna, in linea con i suddetti principi ispiratori ha presentato un PAA, approvato dall'Assessorato Regionale della Salute, che delinea le linee d'intervento

per il triennio 2012-2014 : obiettivi, risultati attesi e indicatori, Dirigenti Responsabili/ Referenti (allegato sotto la voce “ A”).

Le azioni riferite all’anno 2013 sono in corso di sviluppo, e dopo l’approvazione regionale verranno rese note con l’aggiornamento del presente Piano.

### **Par. 5 - Il Piano di Rientro**

La Regione Sicilia ha avviato un percorso per il risanamento del sistema sanitario regionale sottoscrivendo il 31/7/2007 il Piano di contenimento e riqualificazione del S.S.R. 2007/2009(c.d. piano di rientro).

Inoltre, avvalendosi di quanto previsto dal Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78 “ Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziarie e di competitività economica” la Regione Sicilia, viste le risultanze del sopra riferito piano di rientro, ha formalizzato un Piano operativo per gli anni 2010- 2014 con cui intende completare il processo di contenimento e riqualificazione già avviato .

L’ASP di Enna su richiesta dell’Assessorato Regionale alla Salute ha prodotto il Piano Aziendale di Rientro quinquennale del deficit, relazionando sulle manovre correttive e rappresentando quali sono gli strumenti necessari per portare a compimento le medesime ( riduzione della mobilità passiva, contenimento della spesa del personale, adesione alle gare consorziate, internalizzazioni dei servizi, contratti in service e locazione, riduzione degli interessi passivi, riduzione farmaceutica convezionata, recupero di alcuni DRG ).

## **CAPITOLO IV**

# **OBIETTIVI DELLA DIRIGENZA**

---

---

### **Par. 1 – Obiettivi Strategici ( di Outcome)**

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda che si traduce nel processo di budgeting, processo ormai consolidato in questa Asp atteso che da anni è in uso e costituisce una fase del Ciclo della Performance.

La Direzione assegna gli obiettivi operativi ai Dirigenti delle UU.OO. attraverso il processo di negoziazione e, a seguito dell'assegnazione degli obiettivi da parte dell'Assessorato della Salute, integra gli obiettivi già assegnati.

Atteso che alla data di adozione del presente Piano l'Assessorato Regionale della Salute non ha assegnato gli obiettivi strategici per l'anno 2013 si evidenzia la difficoltà di rendere il presente Piano coerente con la programmazione regionale ed i conseguenti obiettivi .

Appare,quindi, essenziale procedere all'aggiornamento del Piano , almeno nella sua struttura definitiva, dopo tale negoziazione e dopo la definizione degli obiettivi operativi atteso che si ritiene indispensabile il processo di condivisione con i responsabili delle Unità Operative.

In atto e sino alla definizione dei nuovi obiettivi strategici regionali gli obiettivi dell'anno 2012 ,in parte modificati e/o integrati, costituiranno gli obiettivi per l'anno 2013 ed impegneranno i dirigenti responsabili ai fini del mantenimento, potenziamento e/o miglioramento dei valori attesi.

### **Par. 2 – Obiettivi Operativi ( di Output)**

L'ASP di Enna formalizza nei piani di budget aziendali gli strumenti della propria programmazione.

Per ogni obiettivo strategico individua obiettivi operativi e definisce le relative azioni e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

La metodologia utilizzata per il processo budgetario prevede, in sintesi, le seguenti fasi:

fase 1: Presentazione e condivisione da parte della Direzione Strategica degli obiettivi strategici ai Dirigenti.

fase 2: Negoziazione ed individuazione degli obiettivi tra la Direzione Strategica ed i Dirigenti Responsabili di Budget individuati nel regolamento aziendale di Organizzazione ( Direttori di Dipartimento , Resp. di struttura Complessa, Responsabili di Struttura semplice )

fase 3: Sottoscrizione delle schede Budget tra Direzione Aziendali e titolari di Budget.

Durante la fase della negoziazione la Direzione Strategica si avvale del supporto del Controllo di Gestione.

Il monitoraggio continuo, di norma trimestrale, permetterà di adottare azioni correttive per evitare disallineamenti e, di conseguenza, il mancato mantenimento e /o raggiungimento degli indici attesi.

Nel corso dell'anno, inoltre, gli obiettivi potranno essere integrati e/o modificati anche in relazione ad eventi straordinari e/o a nuove esigenze aziendali.

L'esplicitazione degli obiettivi operativi e dei relativi indicatori viene rinviata alla definizione della fase di negoziazione non appena ricevuti gli obiettivi regionali.

**Par. 3 – OBIETTIVI ANNO 2012/2013**

OBIETTIVI	Sub Obiettivi	indicatori ANNO 2012	ANNO 2013	Centri di Responsabilità
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (PAA)	Piano	Consegna entro 30/4/2012		Direzione sanitaria e Referenti per materia come da All. A
	Realizzazione azioni anno 2012	Rispettato del crono programma per l'anno 2012	Previste azioni per l'anno 2013 come da crono programma All. A	
P.O. e L.E.A.	R.S.A.	Attivazione n. 20 posti letto	Verifica e controllo della istituita RSA di Leonforte	Coord. Sanitario Amministrativo Area Territoriale
	A.D.I.	N.1225 pazienti anziani over 64 trattati in ADI	continua	Coord. Sanitario Amministrativo Area Territoriale
	Hospice	Attivazione n. 10 posti letto	Gestione dei PP.LL. Attivati nel 2012	Coord. Sanitario Amministrativo Area Territoriale
	Centri diurni Alzheimer	Attivazione di un centro diurno	Verifica e controllo attività del centro	Coord. Sanitario Amministrativo Area Territoriale
	PTA	Attivazione dei 4 PTA previsti	Potenziamento delle attività dei 4 PTA	Coord. Sanitario Amministrativo Area Territoriale
	P.U.A.	Informatizzazione di tutti i PUA	Gestione a regime dei PUA già informatizzati	Coord. Sanitario Amministrativo Area Territoriale E C.E.D.
	CUP Provinciale	Realizzazione informatizzata del CUP provinciale integrato Ospedale/territorio incluse le strutture private convenzionate	Implementazione del processo	Coord. Sanitario Amministrativo Area Territoriale E C.E.D.
	TEMPI DI ATTESA	Miglioramento dei tempi di attesa-attivazione metodologia RAO	Continua	Coord. Sanitario Distretti Ospedalieri.
	10% ANNO CONTROLLO CARTELLE CLINICHE (base dati 2010)	Istituzione NOC Controllo analitico su tutti i 4 PP:OO.	continua	Coord. Sanitario Distretti Ospedalieri E Direzioni Sanitarie PP.OO.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

	FLUSSI	Tempestività e rispetto dei modi e tempi nei rispettivi Decreti istitutivi	continua	Coordinatori Amm.vi Area Territoriale e Distretti ospedalieri e S.I.L.
	TASSO OSPEDALIZZAZIONE	Riduzione del tasso di ospedalizzazione (170 / 1000 abitanti)	continua	Coordinatori Sanitari Distretti ospedalieri e controllo di gestione
ESITI	TEMPESTIVITA' INTERVENTI FRATTURA FEMORE	50% di casi over 64 trattanti entro 48 ore	continua	Coordinatori Sanitari Distretti ospedalieri e controllo di gestione
	RIDUZIONE INCIDENZA parti cesarei primari	parti cesarei primari non precesarizzati___ totali parti residenti in provincia (= 20%)	continua	Coordinatori Sanitari Distretti ospedalieri e controllo di gestione
	PTCA	Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di IMA	Richiesta rimodulazione dell'obiettivo all'Assessorato	Coordinatori Sanitari Distretti ospedalieri e controllo di gestione
GESTIONALI	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Rispetto del tetto di € 32.801.991,00	Contenimento della di spesa	Coordinatore Amm.vo area Territoriale E Dipartimento del Farmaco
	CERTIFICAZIONE FONDI U.E.	Utilizzo dei fondi comunitari entro i termini fissati	Continua	Direttore Dipartimento Amm.vo E  UU.OO.CC Provveditorato e Tecnico
	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL CITTADINO	Piano di miglioramento /umanizzazione Attuazioni degli interventi nelle aree	Azioni di miglioramento	URP Qualità e rischio Clinico

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

		critiche		
	PIANO DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO CON USO DELLE RISORSE ALTERNATIVE	Piano intervento sui 4 PP.OO. Attuazione Piano	Continua Attività/interventi come da Piano	Direttore Dipartimento Amm.vo E U.O.C Tecnico

Agli obiettivi sopra delineati si aggiungono obiettivi inerenti tematiche di interesse nazionale:

- Il contenimento della spesa pubblica : in particolare si rinvia a quanto previsto dalla Legge 135/2012 ( spending review ) che rende necessario un collegamento tra il presente Piano ed il Bilancio;
- La digitalizzazione : Il nuovo Codice dell'Amministrazione Digitale ( CAD) di cui al D.Lgs. 235/2010 introduce un insieme di innovazioni normative che incidono concretamente sui comportamenti e sulle prassi delle amministrazioni e sulla qualità dei servizi resi. La riforma dà sicurezza agli operatori circa la validità, anche giuridica, dell'amministrazione digitale. Questa ASP sta, pertanto, adeguando gli interventi soprattutto in materia sanitaria ( cartelle cliniche , sistema informativo sanitario , pec, etc );
- Specifici progetti derivanti dal PSN;
- Adesione gare centralizzate;
- Attuazione delle azioni programma nel Piano aziendale della Trasparenza ed integrità;
- Miglioramento Piano di Umanizzazione e Piano Comunicazione ( All.B)
- Miglioramento qualità secondo gli standard definiti e meglio descritti nell'All.C;

Nel 2013 l'ASP di Enna intende continuare e sviluppare le seguenti linee operative di intervento :

### INVESTIMENTI

Il ciclo della programmazione degli investimenti si prefigge l'aggiornamento con cadenza semestrale del " Piano degli investimenti triennio 2012/2014" al fine di *Piano della performance 2013-2015*

renderlo rispondente alle effettive esigenze aziendali .

Alla relativa copertura finanziaria si farà fronte con fondi del bilancio aziendale, finanziamenti statali e attraverso fondi europei destinati alla programmazione PO FERS di cui la Regione Sicilia ha individuato le linee di intervento e nel cui ambito è coinvolta anche l'Asp di Enna.

Si riporta di seguito lo stato dell'arte delle principali linee d'intervento dei finanziamenti PO FERS 2007-2013

### Linea di intervento 6.1.2.1

Apparecchiatura	Destinazione	Fornitore	Tipo di Acquisto	Anno	Costo	Finanziamento	Stato
N. 2 Mammografi Digitali	Radiologia Umberto I	GE Healthcare	Consip	2010	€ 414.000,00	€ 414.000,00	In uso dal 201
N. 1 TAC	Radiologia Umberto I	GE Healthcare	Gara Centralizzata ASP SR	2011	€ 483.982,74	€ 483.982,74	Collaudata settembre 2011 e già in uso
N. 1 RMN	Radiologia Umberto I	Philips	Gara Centralizzata AORNAS CT	2011	€ 758.669,74	€ 758.669,74	Consegnata in data 4.10.12 il collaudo funzionale è previsto entro il mese di gennaio 2013
N. 2 Gamma Camera	Radiologia Umberto I	Philips	Gara Centralizzata AORNAS CT	2011	€ 453.057,96	€ 453.057,96	Consegnate in data 27.9.12, in data 26.11.12 è stato effettuato il collaudo funzionale – si è in attesa del relativo nulla osta da parte della competente Commissione Prov.le sulla radio protezione.

### PO FERS 2007-2013 Linea di intervento 6.1.2.2

Intervento	Destinazione	Importo	Stato
Lavori per la Salubrità	P.O. Umberto I	€ 2.350.000,00	Aggiudicazione anno 2012- anno 2013 realizzazione dei lavori

### POI – Ministero dell'Ambiente Lavori per l'Efficientamento Energetico

Intervento	Destinazione	Importo	Costo a Bilancio	Stato
Efficientamento energetico	PP.OO. Piazza A. e Leonforte	€ 5.670.000,00	€ 1.14.000,00	Sono stati predisposti i Piani di efficientamento energetico e produzione di energia alternativa. per tutti e 4 i PP.OO. nell'anno 2012. - anno 2013 saranno concluse le procedure di gara per l'affidamento e l'esecuzione dei lavori.

## **CAPITOLO V**

### **MISURAZIONE E VALUTAZIONE**

---

#### **Par. 1 – Performance organizzativa e performance individuale**

Gli obiettivi assegnati ai Dirigenti , i relativi indicatori e target esplicitati nel Piano Performance, oltre a rappresentare una precisa previsione normativa rappresentano anche una forma di trasparenza.

Gli obiettivi individuali assegnati al personale dirigente evidenziano le azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Amministrazione. La recente normativa, art. 5. Comma 11 bis, della Legge 135/2012 precisa ulteriormente gli ambiti di misurazione della performance individuale già delineata dall'art. 9 del D.Lgs. 150/2009. Il modello in atto adottato presso questa ASP risponde al disposto normativo in quanto eroga al personale dirigente e non dirigente la retribuzione di risultato / produttività in presenza di specifici obiettivi ed in relazione all'effettiva attività lavorativa svolta ed a parametri condivisi .

In atto è in corso un confronto tra operatori delle aziende presso il CEFPAS, organizzato dall'Assessorato della Salute, e le relative risultanze consentiranno di procedere all'aggiornamento dei regolamenti aziendali.

In merito l'OIV regionale darà un orientamento ed un notevole contributo al fine di adottare un modello di misurazione e valutazione uniforme in tutte le aziende sanitarie della Sicilia.

Per i Dirigenti la valutazione terrà conto degli esiti della performance organizzativa della U.O. dallo stesso diretta oltre che di indicatori legati alle competenze manageriali nonché alle capacità di valutare i propri collaboratori. Per il personale non dirigente la valorizzazione riguarderà specifici obiettivi individuali o di gruppo, la qualità del contributo assicurato, le competenze dimostrate ed i comportamenti posti in essere.

### **Par. 2 Organismi di valutazione**

#### **O.I.V.**

L' Organismo di Valutazione Indipendente, previsto dall'art. 14 del D.Lgs. 150/2009, è stato costituito tenendo conto delle linee di indirizzo regionali emanate con D.A n. 1820 del 26/9/2011 .

L'atto di nomina ed i curricula dei Componenti sono pubblicati sul sito istituzionale nella sezione "Trasparenza valutazione e merito" .

L'OIV riveste un ruolo strategico nell'ambito del ciclo di gestione della performance, con funzione di controllo interno e di garanzia sia della correttezza dei processi di misurazione e valutazione, sia della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti resi noti dalla CIVIT.

L'OIV si è insediato e si avvale del supporto delle UU.OO. aziendali.

#### **Collegi Tecnici**

Il Collegio Tecnico è l'organismo preposto alla valutazione della professionalità dei dirigenti di tutti i ruoli presenti in Azienda, secondo quanto previsto dai relativi CC.CC.NN.LL. della Dirigenza .

Il Collegio Tecnico, articolato in sezioni specialistiche, è nominato dal Direttore Generale ed è composto secondo le direttive nazionali e regionali, ricorrendo sia a dirigenti dell'Azienda che ad esperti esterni.

Il Collegio Tecnico utilizza i meccanismi e gli strumenti forniti dall'Amministrazione, previa concertazione con le relative rappresentanze sindacali, per procedere alla valutazione dei dirigenti, nelle forme previste dalle specifiche disposizioni contrattuali

Il Collegio Tecnico procede alla valutazione, in seconda istanza, delle attività professionali e gestionali dei dirigenti sottoposti a verifica nelle forme, modalità e tempi previste dalla specifica normativa contrattuale.

Per l'applicazione del sistema di valutazione vengono utilizzate le schede individuali *Piano della performance 2013-2015*

adeguatamente compilate dal dirigente superiore di specifica competenza.

Con apposito Regolamento sono stati definiti la composizione, il funzionamento del Collegio Tecnico, le sue competenze valutative specifiche e i suoi rapporti con le altre strutture e organismi aziendali.

## **CAPITOLO VI**

### **PROCESSO PER LA GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE**

---

---

#### **Par. 1 – Coerenza con la programmazione economico- Finanziaria di Bilancio**

Secondo quanto previsto dall'articolo 4, comma 1, e dall'articolo 5, comma 1, del D.Lgs.150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera coerente con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

L'Asp intende pervenire alla integrazione e collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio anche in relazione alla necessità di garantire le opportune e necessarie risorse per il raggiungimento degli obiettivi.

Intende, quindi, raggiungere detta coerenza tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance ;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Servizio Economico e Finanziario al Controllo di Gestione, all'Organismo Indipendente di Valutazione e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo ;

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione

delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

Spesso l'incertezza delle risorse disponibili e l'assegnazione in ritardo delle stesse da parte della Regione non consentono il rispetto dei risultati attesi e per tale ragione che la integrazione tra i processi sopradescritti consente di attivare processi di verifica e controllo per il miglior ed appropriato utilizzo delle risorse disponibili.

In questa ottica costituirà obiettivo aziendale il pieno utilizzo delle risorse finanziarie a destinazione vincolata, secondo gli indicatori assegnati, che contestualmente sarà oggetto di responsabilità dei dirigenti e della valutazione individuale degli stessi.

### **Par. 2 – Integrazione con gli standard di qualità**

Gli standard di qualità rappresentano obiettivi dichiarati, alcuni sono già raggiunti, altri rappresentano un impegno per il futuro che richiederanno per l'Azienda uno sforzo in termini di risorse umane e materiali.

Poiché siamo consapevoli che il mantenimento ed il raggiungimento degli standard rappresenta un obiettivo difficile da raggiungere, è di fondamentale importanza stabilire gli strumenti organizzativi e le modalità di rilevazione dei dati e delle informazioni relativi agli standard. L'Azienda si è dotata di diversi strumenti per verificare la qualità dal lato degli utenti, tra questi le verifiche del Comitato Consultivo e le indagini di Customer Satisfaction, report di controllo interno dei processi, tutti strumenti che hanno determinato il modus operandi di questa ASP nell'ultimo triennio e che si ritiene possano consentire di monitorare il raggiungimento di obiettivi ed il mantenimento degli standard di qualità.

Si rinvia allo schema allegato sotto la voce "B"

Gli standard dei servizi erogati oltre ad essere un impegno verso l'esterno devono costituire una responsabilità collegata con la performance organizzativa e performance individuale della Dirigenza.

### **Par. 3 Integrazione con il Piano triennale della Trasparenza e Integrità**

L'ASP ha adottato il Piano triennale della Trasparenza e della Integrità, le azioni programmate e le iniziative da adottare nell'anno 2013 costituiscono per i Dirigenti una responsabilità organizzativa e sono oggetto di valutazione organizzativa ( intesa come performance della U.O.) e di valutazione individuale ( propria del dirigente).

Obiettivi:

- Monitoraggio e aggiornamento dei dati inseriti nel Piano;
- Aggiornamento del sito;
- Iniziative di promozione e comunicazione della trasparenza ;
- Realizzazione di una sezione link dedicata all'ascolto attivo dei cittadini/utenti;

### **Par. 4 – Miglioramento della fruibilità all'esterno delle informazioni contenute nel Piano**

Il piano sarà pubblicato ai sensi dell'art.11, comma 8 del d.Lgs 150/09 sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata «Trasparenza, valutazione e merito».

Inoltre, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, dello stesso decreto, il presente Piano sarà trasmesso alla Commissione ministeriale per la Valutazione e la trasparenza e l'integrità ed al Ministero dell'Economia e delle finanze.

Il presente piano al fine di garantire la massima trasparenza per tutti gli stakeholder, ai quali tale documento si rivolge, sarà oggetto di aggiornamenti nel rispetto delle logiche di trasparenza e di civil auditing introdotte nel ciclo della performance dal D.lgs. 150/2009.

L'ASP rivedrà gli strumenti di comunicazione esterna ed interna nell'ottica di rendere maggiormente fruibili i patrimoni dell'Azienda.

### **Par. 5 – Relazione sulla Performance**

L'ASP di Enna adotterà entro il 30 giugno di ogni anno la relazione sulla performance come previsto dall'art. 10 comma 1 lettera b) del D.lgs. 150/2009.

La relazione dovrà evidenziare, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La relazione verrà pubblicata sul sito istituzionale al fine di dare evidenza agli stakeholder dei risultati raggiunti.



***ALL.A***

***PIANO ATTUATIVO AZIENDALE***

***2012- 2014***

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

CAPITOLO 1	<i>Assistenza Collettiva e Strumenti di Lavoro</i>					
Situazione AS IS	Attivati screening per la prevenzione del K mammario e del K della cervice uterina nei Comuni di Leonforte e Piazza Armerina. Non ancora attivato lo screening per la prevenzione del K colon – retto Attivata l'elaborazione di un software per la gestione informatizzata delle procedure sanzionatorie ed anagrafe ditte. Controlli volti a eradicare dagli allevamenti la TBC, la brucellosi e la leucosi bovina.					
Situazione TO BE	Implementare gli inviti per la popolazione target dello screening per la prevenzione del tumore della mammella e della cervice uterina. Avvio dello screening per la prevenzione del K colon – retto Informatizzazione del Dipartimento di Prevenzione per la salute - eradicazione della brucellosi : ovi caprina – eradicazione tubercolosi bovina – eradicazione leucosi bovina enzootica. Adozione manuale operativo					
<b>UU.OO. coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SIAV</li> <li>- SPRESAL</li> <li>- DIPARTIMENTO VETERINARIO</li> </ul>					
Azioni previste	Miglioram. / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	I	Informatizzazione del Dipartimento di Prevenzione per la salute – mediante l'acquisto, l'installazione, la formazione e l'avviamento del sistema informativo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ entro il 31/12/2012</li> </ul>	Migliore gestione dell'informazione			€ 16.472,42 Nota prot./Servizio3/ n. 35656 del 30/04/2012 Assessorato della salute DASOE-Servizio3
2	M	Invio degli inviti alla popolazione target dello screening mammario e cervicale <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ almeno ulteriori 5 Comuni rispetto al 2011</li> </ul>		Estensione della copertura vaccinale al 35% dei Comuni		Risorse assegnate dalla Regione, con destinazione vincolata

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

3	I	Avvio dello screening del K colon rettile: avvio degli inviti alla popolazione target del Comune di Enna, entro il 2012		Ampliamento dell'attività di prevenzione		Risorse assegnate dalla Regione, con destinazione vincolata
4	M	TSSAL – Adesione linee di indirizzo del comitato regionale di coordinamento e costituzione dei comitati provinciali	Miglioramento processi			
5	I	TSSAL- Potenziamento servizi dell'area “ Tutela della salute e sicurezza di lavoro” del Dipartimento di prevenzione. Indicatore : attivazione circolare assessoriale 1274/10; almeno 50% incremento dotazione organica prevista dalla circolare.		Miglioramento qualità servizio		
6	M	Controlli volti a eradicare dagli allevamenti la TBC, la brucellosi e la leucosi bovina. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. eradicazione della brucellosi ovi caprina(ispezioni del 99% delle aziende)</li> <li>2. eradicazione della brucellosi bovina (ispezione del 99% delle aziende)</li> <li>3. eradicazione delle tubercolosi bovina ( ispezione del 95% delle aziende)</li> <li>4. eradicazione della leucosi bovina enzootica( ispezione del 99% delle aziende)</li> </ol> <p style="text-align: center;">-</p>	incremento dell'attività di prevenzione			

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

CAPITOLO 2		<b>Assistenza Territoriale e continuità assistenziale</b>				
Situazione AS IS	1 - RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI: ATTIVATO L'UNICO PUNTO DI PRIMO INTERVENTO (PPI), PREVISTO NEL PTA DI ENNA. NON ATTIVO ALCUN PPI-P 2 - RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI: ATTIVATI GLI AMBULATORI DI GESTIONE INTEGRATA (AGI) NEI PTA DI ENNA, LEONFORTE E PIAZZA ARMERINA E NELL'ISTITUENDO PTA DI NICOSIA 3 - RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI: AMBULATORI INFERMIERISTICI INSERITI NEI PERCORSI DI GESTIONE INTEGRATA, IN COLLEGAMENTO CON GLI AGI, I PUA E IL CUP 4 - GESTIONE DELLE CRONICITA' E DELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO: DEFINITE LE PROCEDURE FINALIZZATE ALLE DIMISSIONI FACILITATE E ALLE DIMISSIONI PROTETTE					
Situazione TO BE	1 - RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI - Punti di Primo Intervento: ATTIVAZIONE DEI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO PEDIATRICI (PPI - P) DI CUI ALL'ACCORDO REGIONALE DI PEDIATRIA. 2 - RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI - Ambulatori di Gestione Integrata: IMPLEMENTARE L'ATTIVITA' DEGLI AGI. 3 - RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI - Ambulatori infermieristici: COMPLETARE LA REALIZZAZIONE E MONITORARE IL FUNZIONAMENTO 4 - SVILUPPARE LE DIMISSIONI FACILITATE DEI PAZIENTI CON DIABETE MELLITO E SCOMPENSO CARDIACO					
UU.OO. coinvolte	- Assistenza sanitaria di base e cure domiciliari - Dipartimento del farmaco					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	I	ATTIVAZIONE DI UN PUNTO DI PRIMO INTERVENTO PEDIATRICO IN CIASCUN DISTRETTO DELL'AZIENDA <ul style="list-style-type: none"> <li>• ENTRO IL 30/06/2012</li> </ul>	Miglioramento dell'integrazione all'interno del Territorio	Miglioramento dell'assistenza pediatrica	-	Risorse per i PLS già previsti nel PSN 2011
2	M/I	1. MIGLIORAMENTO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE, <ul style="list-style-type: none"> <li>• AGGIORNAMENTO DI ALMENO UNA PROCEDURA PER IL DIABETE MELLITO E DI ALMENO UNA PROCEDURA PER LO SCOMPENSO CARDIACO ENTRO IL 31/12/2012</li> </ul> 2. INFORMATIZZAZIONE FINALIZZATA ALLA GESTIONE DEL REGISTRO E DEI PERCORSI INTEGRATI DEI PAZIENTI CRONICI <ul style="list-style-type: none"> <li>• ENTRO IL 31/12/2012</li> </ul>	Definizione di standard di processo  Miglioramento dell'integrazione all'interno del Territorio	Miglioramento della qualità dell'assistenza	-	€ 100.000,00 (per piattaforma informatica valere sui fondi vincolati PSN 2010)
3	I	INFORMATIZZAZIONE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI FINALIZZATA ALLA GESTIONE DELL'ATTIVITA' IN COLLEGAMENTO CON LO SPORTELLO DEL PAZIENTE CRONICO, PUA, AGI (OBIETTIVO TRIENNALE) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ENTRO IL 31/12/2012, ACQUISIZIONE HARDWARE E CABLAGGIO DELLE STRUTTURE</li> </ul>	Miglioramento del processo		-	€ 100.000,00 (per piattaforma informatica valere sui fondi vincolati PSN 2011)

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

4	I	CONDIVISIONE CON MMG E SPECIALISTI AMBULATORIALI E OSPEDALIERI DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) INTEGRATI PER L'AVVIO DELLA PROCEDURA DI DIMISSIONE FACILITATA DEI PAZIENTI CON DIABETE MELLITO E SCOMPENSO CARDIACO • ENTRO 31/12/2012	-Definizione di standard di processo -Miglioramento dell'integrazione all'interno del territorio		-	
5	M	Contenimento e contrazione della spesa farmaceutica territoriale tendente al miglioramento della appropriatezza descrittiva per inibitori di pompa, statine e antiipertensivi (ACE-SARTANI) Indicatore: un incontro formativo/informativo con i MMG, Specialisti Ambulatoriali, Ospedalieri e Territoriali per ciascun Distretto Sanitario entro il 31/12/2012.		si	Contenimento spesa farmaceutica	
6	M	Azione volta ad incrementare l'uso dei farmaci equivalenti e biosimilari. Indicatore : un incontro formativo/informativo con i MMG, Specialisti Ambulatori, Ospedalieri e Territoriali per ciascun Distretto Sanitario entro il 31/12/2012	Miglioramento dei processi sanitari e dell'offerta			
<b>Assistenza Ospedaliera</b>						
<b>CAPITOLO 3</b>						
Situazione AS IS	Adesione alla rete ospedaliera secondo il Decreto Regionale					
Situazione TO BE	Piena adesione al Piano Regionale: potenziamento delle strutture di ricovero per acuti, riduzione dell'inappropriatezza, innalzamento della qualità dell'offerta e riduzione della mobilità passiva					

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

UU.OO COINVOLTE	COORDINATORI SANITARI					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	M	Attivazione dei posti letto previsti dal Piano di riordino regionale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione di almeno l'80% delle assegnazioni previste dal Piano o dai successivi Decreti, entro il 31/12/2012</li> </ul>		Miglioramento dell'offerta ospedaliera		
2	M	Completamento del modello Hub & Spoke interno assicurando l'offerta specialistica negli Stabilimenti Ospedalieri periferici, attraverso la presenza degli specialisti delle discipline interessate. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Almeno l'80% delle discipline previste</li> <li>• n° dei pz provenienti dagli Stabilimenti periferici aziendali superiore almeno del 10% rispetto al 2011</li> </ul>	Realizzazione del modello organizzativo previsto dall'Atto Aziendale			
3	M	Attivazione di tutti posti letto assegnati per la riabilitazione e la lungodegenza <ul style="list-style-type: none"> <li>• entro il 2012</li> </ul>	Realizzazione del modello organizzativo previsto dall'Atto Aziendale			
4	M	Adeguamento tecnologico con installazione di una RMN e di due gamma camera <ul style="list-style-type: none"> <li>• INSTALLAZIONE ENTRO IL 30/09/2012</li> </ul>		Miglioramento dell'offerta sanitaria		

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

CAPITOLO 4		Integrazione Socio sanitaria				
Situazione AS IS	. CURE DOMICILIARI: SONO EROGATE NEI QUATTRO DISTRETTI AZIENDALI. SONO DEFINITI L'ASSETTO ORGANIZZATIVO E LA MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE CURE, MEDIANTE L'APPLICAZIONE DI PROCEDURE CODIFICATE, IN LINEA CON I DETTATI NORMATIVI. . RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI: SONO ATTIVI 40 P.L. PRESSO LA RSA PUBBLICA, NEL COMUNE DI PIETRAPERZIA					
Situazione TO BE	. CONSOLIDARE E POTENZIARE IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARE . ATTIVAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)					
UU.OO coinvolte	- Assistenza sanitaria di base e cure domiciliari					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	M	CONSOLIDARE E POTENZIARE IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARE, AGENDO SULLE PROCEDURE DI DIMISSIONE PROTETTA <ul style="list-style-type: none"> <li>Almeno 2 incontri presso ciascun S.O. per illustrare le procedure di dimissione protetta</li> <li>Arruolamento di almeno 1.225 casi al 31/12/2012, come da indicazioni regionali</li> </ul>	Miglioramento dell'integrazione ospedale territorio		-	-
2	M	IMPLEMENTAZIONE DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA) <ul style="list-style-type: none"> <li>Attivazione di una seconda RSA pubblica con 20 p.l. nel comune di Leonforte, entro il 31/12/2012</li> </ul>		Ampliamento dell'offerta assistenziale	-	€ 3.150.000,00 NEL TRIENNIO, PER ADEGUAMENTO STRUTTURALE E ACQUISTO PRESTAZIONI ASSISTENZIALI
3	I	Migranti: attivazioni di percorsi assistenziali attivati dedicati all'assistenza agli immigrati e dell'assistenza pediatrica negli ambulatori dedicati. Indicatori: LLGG dei PAA	Miglioramento assistenza sanitaria e offerta			

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

CAPITOLO 5		<i>Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile</i>				
Situazione AS IS	La rete materno-Infantile si avvale delle UU.OO. ospedaliere di Ginecologia/Ostetricia e di Pediatria/UTIN, dei 10 Consultori Familiari distribuiti sul territorio provinciale, degli ambulatori specialistici territoriali di Ginecologia, della Medicina Scolastica e dei Pediatri di Libera Scelta.					
Situazione TO BE	Si prevedono azioni che coinvolgono tutti i livelli della rete materno-infantile, a completamento dei percorsi già attivati: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementazione delle procedure assistenziali di gestione integrata della gravidanza, differenziate per livello di rischio;</li> <li>2. Promozione della salute sessuale e riproduttiva nell'età giovanile e nelle donne straniere;</li> <li>3. Prevenzione della mortalità neonatale e materna e delle malattie perinatali.</li> </ol>					
UU.OO Coinvolte	Dipartimento Materno infantile					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	M/I	Promozione della salute della donna gravida e del nascituro: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione dei corsi di accompagnamento alla nascita e promozione dell'allattamento al seno. Almeno &gt; 10% dei bambini allattati al seno alla dimissione e a 6 mesi/anno</li> <li>• Umanizzazione dell'assistenza al parto e parto analgesia. Almeno &gt; 10% del n° di parti con analgesia/anno</li> <li>• Prevenzione della SIDS e delle patologie peri- e neonatali. Almeno &gt; 10% del n° di neonati sottoposti a screening/anno</li> <li>• Attivazione di STAM e STEN secondo cronoprogramma regionale</li> </ul>		Miglioramento della tutela sanitaria dell'Unità Donna Bambino		Fondi Progetti obiettivo del Piano Sanitario Nazionale
2	I	Accreditamento UNICEF - BFHI (ospedale amico del bambino) del punto nascita dello S.O. Umberto I di Enna secondo cronoprogramma UNICEF	Miglioramento della qualità del processo			Fondi Progetti obiettivo del Piano Sanitario Nazionale
3	M	Promozione della salute in età scolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening delle patologie visive, uditive, odontoiatriche, paramorfismi e dismorfismi, obesità e ipostaturalismo nelle classi filtro della scuola dell'obbligo. Almeno &gt; 5% dei soggetti screenati/anno</li> <li>• Incontri di educazione alla salute nella scuola secondaria finalizzati alla promozione della salute sessuale e riproduttiva. Almeno &gt; 10% delle classi incontrate/anno</li> </ul>		Ampliamento della popolazione coinvolta		

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

4	I	Implementazione percorsi assistenziali di gestione integrata della gravidanza, differenziate per livello di rischio	adozione protocollo entro la data prevista. Miglioramento qualità del processo	si		
---	---	---	--	----	--	--

CAPITOLO 6		<i>Oncologia</i>				
Situazione AS IS	Attiva un'unica U.O.C. di Oncologia in tutta la Provincia, presso lo S.O. Umberto I°					
Situazione TO BE	Realizzazione di un percorso assistenziale per la presa in carico globale del paziente oncologico					
UU.OO coinvolte	Oncologia PP.OO. Dipartimento farmaco					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	M	Redazione di protocolli condivisi e validati per la gestione delle neoplasie al fine di ottimizzare le risorse. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore: Almeno 4 protocolli per la somministrazione dei chemioterapici, entro 30/09/2012</li> </ul>	Definizione standard di processo		Riduzione dei ricoveri impropri	

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

2	M	Attivazione dei servizi riabilitativi dedicati ai pazienti oncologici, nei 2 Distretti Ospedalieri <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore: Attivazione entro il 31-12-2012</li> </ul>		Ampliamento dell'offerta sanitaria		
---	---	--	--	------------------------------------	--	--

CAPITOLO 7		<i>Cure palliative e terapia del dolore</i>				
Situazione AS IS	1) Cure palliative: attivi 2 posti residenziali Hospice; Ambulatorio di Cure Palliative aperto per almeno 30 ore settimanali; Collaborazione con MMG per visite domiciliari, su specifica richiesta; Corsi di formazione per personale medico e infermieristico 2) Terapia del dolore: attivi Comitato Ospedale-Territorio senza dolore; ambulatorio terapia antalgica per almeno 30 ore settimanali presso SO Umberto I di Enna; grafico per la rilevazione dolore in tutte le cartelle cliniche; corsi di formazione per il personale medico e infermieristico; sportello dolore telematico.					
Situazione TO BE	1) Attivazione di tutti i 10 posti letto assegnati presso lo SO Umberto I°. attivazione di 2 p.l. di Day Hospice. 2) Coinvolgimento dei MMG per la gestione del dolore al domicilio del pz e/o nell'ambulatorio del MMG					
UU.OO	U.O. HOSPICE					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	M	Attivazione di 10 p.l. residenziali e di 2 p.l. di day Hospice entro il 2012		Ampliamento dell'offerta assistenziale		
2	M	Coinvolgimento dei MMG nella gestione del dolore a casa, attraverso la realizzazione di Incontri formativi dedicati: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizzazione di almeno un incontro per Distretto Sanitario, entro il 15/11/2012</li> <li>▪ Adesione di almeno 30% dei MMG del territorio</li> </ul>	Definizione standard di processo	si		

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

		dell'ASP				
3	I	Attivare almeno uno spoke per la terapia del dolore come da DA 3 Gennaio 2011 Indicatore: uno spoke per la terapia del dolore attivato	Realizzazione del modello organizzativo p miglioramento offerta	si		
<b>CAPITOLO 8</b>	<b>Cardiologia</b>					
Situazione AS IS	L'offerta cardiologia degli ospedali in atto soddisfa anche le richieste di I° livello.					
Situazione TO BE	Ampliamento dell'offerta con creazione di ambulatori specialistici di I° livello. I PP.OO. con cardiologia UTIC garantiranno esclusivamente gli esami di II° livello					
UU.OO coinvolteC ardiologia	Cardiologia UTIC PP.OO					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	M	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzazione di percorsi educativi per gli operatori sanitari del territorio sulla prevenzione del rischio cardiologico, in sinergia con gli operatori ospedalieri <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore: applicazione di almeno 1 protocollo</li> </ul> </li> <li>2. Potenziamento ambulatori specialistici Territoriali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Almeno un ambulatorio attrezzato per ciascun Distretto Territoriale</li> </ul> </li> </ol>	Applicazione del protocollo da parte degli operatori sanitari	Ampliamento dell'offerta sanitaria		Adeguamento tecnologico per ambulatori di I° livello (circa 30.000 x 4)

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

2	M	<p>Partecipazione alla rete dell'infarto con piena adesione ai percorsi e ai protocolli per il cardiopatico con sindrome coronarica acuta in sinergia con la macroarea di appartenenza, con immediato invio per la PTCA presso il centro di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore: &gt; del 5% del n° di pz inviati, rispetto al 2011</li> </ul>	Adesione alla Rete dell'Infarto Regionale			
3	M	<p>Partecipazione alla rete per lo scompenso cardiaco con implementazione delle dimissioni facilitate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Almeno 2 incontri presso ciascun S.O. per illustrare le procedure di dimissione facilitata</li> <li>• Alimentazione del registro dei pazienti cronici (+10% sul 2011)</li> </ul>	Definizione standard di processo			
4	M	<p>Implementazione protocollo provinciale definito dal comitato di macroarea individuato dall'Assessorato alla Salute per la realizzazione di un percorso dei paziente affetti da IMA-STEMI che coinvolga il personale 118 oltre ai pronti soccorso dell'Azienda.</p> <p>Indicatori: riunione audit tra gli operatori, adesione al programma di formazione CEFPAS e CERISDI, numero partecipanti alla formazione. Organizzazioni riunioni informative a cascata, definizione di almeno un PDT, protocollo provinciale da condividere, monitoraggio del numero dei pazienti inviati dal centro spoke al centro HUB</p>	Definizione standard di processo			
5	M	<p>Realizzazione di un ambulatorio di cardiologia riabilitativa estensiva per i pazienti a basso rischio "in ogni PO".</p> <p>Realizzazione di un DH riabilitativo per i pazienti a basso e medio rischio "PO di Enna".</p> <p>Istituzione di UOS di cardiologia riabilitativa intensiva con degenza per pazienti ad alto rischio.</p> <p>Indicatori: realizzazione delle strutture descritte con redazione di atti deliberativi specifici.</p>	Realizzazione del modello organizzativo p miglioramento offerta			

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

CAPITOLO 9		Neuroscienza				
Situazione AS IS	Difficoltà collegamento tra la U.O.C. di Neurologia e gli ambulatori territoriali					
Situazione TO BE	Creazione della rete aziendale					
UU.OO coinvolte	Neurologia PP.OO					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	M	Partecipazione alla rete per l'emergenza neurologica e le malattie cerebrovascolari. Implementazione dei percorsi assistenziali per la immediata presa in carico del paziente con ictus cerebrale <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicatore: Redazione di un protocollo di presa in carico del paziente con sospetto stroke</li> </ul>	Definizione standard di processo		Riduzione di esiti invalidanti	
2	M	Attivazione della rete per le malattie neurodegenerative (Enna è la provincia a più alta incidenza di SM) <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicatore: Stesura protocolli specifici per la patologia entro il 31-12-2012</li> </ul>	Definizione standard di processo			
3	M	Adesione alla rete riabilitativa con adozione di un piano regionale ed individuazione di centri fisioterapici ad indirizzo multifunzionale (respiratori, motori, etc) per la presa in carico dei pazienti <ul style="list-style-type: none"> <li>Individuazione Centri e adozione protocolli in aderenza alle Linee Guida regionali</li> </ul>	Definizione standard di processo			

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

4	I	Apertura centro diurno Alzheimer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertura entro il 30/09/2012</li> </ul>		Ampliamento dell'offerta sanitaria		
---	---	---	--	------------------------------------	--	--

CAPITOLO 10	<i>Gestione del poli-traumatizzato</i>					
Situazione AS IS	Rete provinciale ancora in fase di definizione per difficoltoso collegamento tra le varie UU.OO di Ortopedia aziendali					
Situazione TO BE	Costituzione della rete provinciale e partecipazione alla rete regionale per la standardizzazione dei percorsi terapeutici					
UU.OO coinvolte	Coordinatori sanitari Ortopedia PP.OO.					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	M	Costituzione del TEAM del politrauma e partecipazione alla rete regionale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore: Costituzione team entro il 31/10/2012</li> </ul>	Definizione standard di processo			
2	M	Redazione di procedure e protocolli di intervento standardizzati per la rapida presa in carico del politraumatizzato con individuazione del centro Hub di riferimento. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore: Redazione del protocollo operativo, entro 30/09/2012</li> </ul>	Definizione standard di processo			

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

3	I	Stesura di un protocollo operativo tra le aziende della macro area finalizzato al raggiungimento degli standard del documento tecnico del Decreto che prevede la realizzazione di CTS in collegamento con centri specialistici del territorio corrispondente. Il protocollo deve essere curato dalle commissioni regionali di SIAT Indicatore: Esistenza protocollo	Definizione standard di processo stesura protocollo	si		
---	---	--	---	----	--	--

CAPITOLO 11	<i>Trapianti e Piano sangue</i>					
Situazione AS IS	Rete provinciale ancora in fase di definizione Attività Donazione organi					
Situazione TO BE	Riqualificazione della rete trasfusionale provinciale e adesione alla rete regionale Incremento delle attività di donazione degli organi					
UU.OO coinvolte	Centri trasfusionali PP.OO Coordinatore Dir Med. - UU.OO. Rianimazione PP.OO.					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	
1	M	Accreditamento delle strutture trasfusionali Aziendali 1. Indicatore: Accreditamento entro il 31-12-12	Definizione standard di processo			Interventi per l'accREDITamento di 3 centri (60.000)
2	M	Incremento delle attività di donazione degli organi attraverso campagne pubblicitarie, convegni, incontri <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore: 4 eventi entro il 2012</li> </ul>		Miglioramento della cultura della donazione		

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

3	M	Supporto psicologico per le famiglie attraverso la presenza dello psicologo nelle aree di rianimazione <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore: Numero di interventi dello psicologo</li> </ul>		Miglioramento della cultura della donazione		
4	M/I	Con riferimento al decreto sui trapianti di rene in merito ai percorsi stabiliti per i pazienti, organizzazione di un incontro con gli operatori interessati per la divulgazione delle Linee di Indirizzo espresse dal documento tecnico allegato al decreto e redazione di un protocollo operativo di collegamento tra tutti i nodi della rete e i centri trapianti. Indicatore: Verbale dell'incontro e esistenza del protocollo operativo	Adozione protocollo Definizione standard di processo	si		

CAPITOLO 12	<i>Salute mentale e dipendenza</i>					
Situazione AS IS	I servizi del DSM (Salute Mentale Adulti, N.P.I.A., Dipendenze patologiche) dell'ASP di Enna hanno svolto gli interventi e le attività di competenza, avendo come quadro di riferimento teorico-operativo tendenziale l'approccio della <i>Salute Mentale di Comunità</i> , facendo riferimento alle linee guida previste dai PON per la salute mentale 1994-1996; 1998-2000					
Situazione TO BE	Costituzione Comitato zonale per la Salute Mentale quale struttura permanente di supporto attivo e propositivo al D.S.M. e ai suoi servizi.					
UU.OO coinvolte	Dipartimento salute mentale					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
1	M/I	1. Costituzione Comitato zonale per la Salute Mentale quale struttura permanente di supporto attivo e propositivo al D.S.M. e ai suoi servizi.  ✓ Incontri finalizzati al coinvolgimento dei 20 Comuni bacino di utenza aziendale, della Provincia regionale e della Prefettura (almeno il 50%), degli enti e delle	Realizzazione dell'Integrazione Socio-Sanitaria			

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

		<p>associazioni del Terzo Settore specifico (associazioni di familiari/utenti, strutture intermedie (C.T.A., Comunità terapeutiche, Comunità alloggio, ...) (almeno l'80%) e del Terzo Settore a carattere socio-sanitario, socio-culturale, ludico-sportivo (almeno 4, un ente per ciascun Distretto), di realtà associative del mondo del lavoro e della formazione professionale (almeno 4);</p> <p>✓ Costituzione Comitato zonale per la Salute Mentale quale struttura permanente di supporto attivo e propositivo al D.S.M. e ai suoi servizi, entro il 2012</p> <p>2. Definizione ed adozione dei protocolli operativi tra i servizi dipartimentali (Salute Mentale Adulti, N.P.I.A., Dipendenze patologiche), entro il 2012</p>	Definizione standard di processo			
--	--	---	----------------------------------	--	--	--

CAPITOLO 13	<b>Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti</b>					
Situazione AS IS	<p>1) Applicazione dei sei (6) Standard IPSPG : dai monitoraggi effettuati risultano margini di miglioramento nell'applicazione dei sei Standard IPSPG per la sicurezza del paziente.</p> <p>2) Monitoraggio eventi avversi e near miss: avviata ma da incrementare la "cultura della segnalazione" in particolare dei near miss</p> <p>3) È operativo un CUP aziendale informatizzato aziendale, con criterio di prenotazione di tipo cronologico</p>					
Situazione TO BE	<p>1) Applicazione degli Standard IPSPG: attuazione degli standard entro il 2013</p> <p>2) Definizione delle procedure e schede di segnalazione. Attivazione del sistema di Incident Reporting con redazione del Report annuale</p> <p>3) Adozione della metodologia RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) passando dal criterio cronologico a quello clinico, secondo il DA 30/06/2011</p>					
UU.OO	Qualità e Rischio clinico. Medicina specialistica di base					
Azioni previste	Miglioramento / Innovazione	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

	e					
1	M	<p>Standard internazionali IPSPG: Attuazione dei Piani di Miglioramento previsti per il 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusione raccomandazioni</li> <li>• Attività formativa</li> <li>• Audit presso UUOO</li> </ul> <p>Indicatore: Realizzazione dello step previsto per il 2012</p>	Realizzazione degli standard di processo			8.956 € per ore di Formazione
2	I	<p>Monitoraggio degli eventi avversi e dei near miss</p> <p>Indicatore: Utilizzo procedura con scheda di segnalazione e attivazione sistema Incident Reporting SI/NO, entro il 2012 e indicazione del n° di casi rilevati</p>	Realizzazione degli standard di processo		-	2.209 € per ore di Formazione
3	M	<p>ADOZIONE DELLA METODOLOGIA RAO</p> <p>Indicatore: Formazione dei Medici prescrittori sulle modalità di prescrizione per priorità clinica, entro giugno 2012</p> <p>Numero di agende attivate secondo il criterio RAO netro 2012: 50% delle agende previste</p>	Realizzazione degli standard di processo		-	
4	I	<p>Accreditamento: autovalutazione mediante check list dei requisiti strutturali come da decreto 5212/2012</p> <p>Indicatore: Documento di valutazione e relativo piano di investimento per l'adeguamento – Valore atteso: SI</p> <p>Programma degli investimenti per l'adeguamento ai requisiti richiesti dalla norma</p>	Adeguamento tecnologico.		si	
5	M	<p>Diffusione della Raccomandazione prevenzione TEV (Trombo Embolismo Venoso) alle articolazioni aziendali e monitoraggio con audit</p> <p>Indicatore: elaborazione di report sugli audit effettuati</p>			si	

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

CAPITOLO 14	<i>Rete formativa, comunicazione e rete civica</i>					
Situazione AS IS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accredитamento su sistema nazionale. Avviate tutte le procedure per accredитamento su sistema regionale</li> <li>2. Completamento stesura per stampa Carta Etica Aziendale. Attuazione progetto formativo su cultura etica prevista in PAF 2012.</li> </ol>					
Situazione TO BE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avvio del sistema esclusivamente su sistema regionale non appena la commissione regionale completerà la validazione del sistema e sarà emesso il decreto con l'elenco dei provider accredитati.</li> <li>2. Avvio di percorsi ulteriori per la definizione di indicatori per la misurazione e/o valutazione del benessere aziendale e delle relative ricadute nella qualità del servizio offerto.</li> </ol>					
UU.OO coinvolte	U.R.P. U.O. Formazione					
Azioni previste	<b>M</b> igli io ra m en to / <b>I</b> n ov az io ne	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richiesti
1	l	Avvio del sistema esclusivamente su sistema regionale, entro il 2012	Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

2	I	<p>Sviluppo progetto "Condividere e diffondere la prospettiva etica nelle Aziende Sanitarie"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convegno e presentazione Carta Etica, entro il 2012</li> </ul>		Miglioramento del clima aziendale e dell'immagine percepita in termini di trasparenza dei processi		
3	I	<p>Adozione del piano di comunicazione d umanizzazione nell'ambito del sistema della qualità percepita mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. recepimento linee guida regionali sulla comunicazione interna ed esterna entro il 30/06/2012</li> <li>2. Identificazione dei referenti entro il 31/10/2012</li> <li>3. Pubblicazione reportistica sul web come previsto dal progetto</li> </ol>		<p>Epowerment del cittadino come risorsa interna all'Azienda. Aumento soddisfazione.</p>		

<b>CAPITOLO 15</b>	<b><i>Partecipazione Programmi sviluppo e innovazione</i></b>					
Situazione AS IS	L'ASP di Enna partecipa con n. 4 operatori ai laboratori di assistenza tecnica alla progettazione internazionale promossi dal DASOE collaborazione con il FormezPA					
Situazione TO BE	Costituzione di un gruppo di lavoro aziendale in grado di progettare, promuovere partnership e realizzare progetti sanitari internazionali.					
UU:OO	Direttore Sanitario Referente internalizzazione Radiologia PP.OO					
Azioni previste	<b>Miglioramento / Innovazione</b>	Descrizione	Benefici attesi			Investimenti richieste
			Miglioramento processi sanitari	Qualità del servizio	Riduzione costi	

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

1	I	<p>Progetto “Work Programme 2012 – Cooperation – Theme 1: HEALT” nell’ambito del “7° Programma Quadro – Area salute – Innovation 1”, secondo il piano dettagliato di attuazione :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costituzione dei nuclei di progettazione aziendali entro il 2012.</li> <li>• Partecipazione ai laboratori organizzati in materia di progettazione di sanità entro il 2012</li> </ul>	Maggiore efficienza nella progettazione sanitaria mediante l’interscambio di buone prassi e l’acquisizione di competenze.			
2	I	<p>Implementazione della rete telematica radiologica per l’invio e la ricezione di immagini al centro hub di riferimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento del numero di second opinion su diagnostica TC rispetto al 2011.</li> </ul>		Maggiore precisione diagnostica su refertazioni di TC		

**Piano di Miglioramento 2013 e Report azioni 2012**

**Il Piano di miglioramento 2013 scaturisce:**

- dall'analisi dei risultati evidenziati dal Rapporto Regionale Audit Civico Sicilia, presentato a Palermo il 14 aprile 2012,
- dall'analisi dei reclami pervenuti all'Azienda tramite la rete dei punti URP
- dall'analisi dei risultati della customer satisfaction, così come da D.A n.3185/10.

*I risultati degli interventi saranno oggetto di verifica costante da parte del Comitato Consultivo Aziendale (legge reg. n.5/2009) e da parte della Direzione Aziendale dell'ASP di Enna.*

<b>Area di Intervento</b>	<b>Azioni di Miglioramento 2013</b>	<b>Azioni 2012</b>
- 1 -  <i>Comunicazione e Informazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Miglioramento del sito web ed aggiornamento continuo, anche su <a href="http://www.costruiredalute.it">www.costruiredalute.it</a>, delle informazioni riguardanti soprattutto i servizi erogati ed i tempi di attesa delle prestazioni. Al riguardo si mira ad una gestione delle liste di attesa più appropriata che tenga conto delle normative regionali esistenti ed una conseguente contrazione dei tempi di attesa per le prestazioni più critiche.</li> <li>-Miglioramento della Carta dei Servizi Aziendali completa di standard e fattori di qualità individuati con la collaborazione della componente civica.</li> <li>-Potenziamento dei sistemi di informazione all'utenza (cartellonistica).</li> <li>-Facilitazione dei percorsi relativi al sistema di segnalazioni/reclami.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Predisposto e distribuito materiale informativo su PTA e PPI</li> <li>-Realizzata la Carta "Diritti e doveri del Malato"</li> <li>-Aggiornata la Guida Utenti suddivisa per Distretti e Presidi Ospedalieri</li> <li>-Predisposizione progetto piantine di orientamento P.O. Enna</li> <li>- Sistemazione cassette per reclami nelle strutture ancora prive</li> </ul>
- 2 -  <i>Umanizzazione dei Percorsi Assistenziali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sviluppare modalità di accoglienza e di assistenza ai degenti attenenti alle differenze culturali ed agli aspetti socio relazionali che fanno parte della presa in carico della persona che bisogno di cura in una cultura dell'umanizzazione delle cure e dell'assistenza (Servizio di interpretariato – Mediazione culturale – Servizio religioso per i non cattolici – etc... ) anche attraverso bandi pubblici</li> <li>-Aumentare l'impegno aziendale rispetto alle politiche relative alla "Gestione del dolore" attualmente assolutamente carenti)</li> <li>- Potenziamento delle aree di intrattenimento (TV) nelle UU. OO. carenti</li> <li>- Rafforzare la presenza di figure professionali per il supporto psicologico e l'assistenza ai pazienti ed ai loro parenti in situazioni specifiche (oncologia, trapianti, etc...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adesione al D.A.S. (Distretto Solidale di Piazza Armerina)</li> <li>-Sportelli dedicati alle gestanti presso tutte le strutture</li> <li>- Acquisizione materiale per sala lettura e ricreativa P.O. Enna</li> </ul>
- 3 -  <i>Comfort Alberghiero</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevedere, ove assenti, spazi comuni dedicati alla consumazione dei pasti nelle UU. OO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione e proposta azioni di miglioramento ristorazione (accolte e realizzate dalla nuova ditta)</li> </ul>

- 4 - <i>Formazione</i>	<p>-Attivazione di corsi di formazione per il personale del front office e dei PUA dedicati ai temi della comunicazione e della relazione con gli utenti e funzionali ad incentivare anche l'uso di <a href="http://www.costruiredalute.it">www.costruiredalute.it</a> ed il corretto accesso ai servizi (es. ADI, consultori, etc...)</p> <p>- Promuovere la cultura della prevenzione avviando campagne di educazione sanitaria presso scuole, centri di formazione ed altri luoghi di aggregazione con l'ausilio di materiale didattico all'uopo redatto (per le ASP).</p>	<p>- Inserito nel piano formazione 2013 il progetto di corso sulla comunicazione per personale front office sviluppato dal Comitato Consultivo e Azienda</p> <p>- Adesione al progetto Unesco per interventi di educazione alimentare nelle scuole.</p>
- 5 - <i>Sicurezza</i>	<p>Potenziamento dei sistemi di informazione, prescrizione, divieto, informazione all'utenza (cartellonistica per vie di fuga, allocazione estintori, divieto di fumo, piano di evacuazione, etc...)</p>	<p>-Verifica adeguamento segnaletica per i nuovi servizi territoriali attivati (PTA-PPI)</p>
- 6 - <i>Partecipazione Civica</i>	<p>Prevedere l'inserimento, nei capitolati di appalto, di articoli che permettano la possibilità di controlli da parte degli utenti sulla qualità delle forniture.</p>	<p>-Avvio interlocuzione con la Direzione Aziendale da parte del CCA</p>

### CRONOPROGRAMMA PER L'ANNO 2013

#### Entro il 28 febbraio 2013

- Proposta formale alla D.A. di inserimento, nei capitolati di appalto, di disposizioni che permettano la possibilità di controlli da parte di rappresentanti degli utenti sulla qualità delle forniture: presenza nelle commissioni di verifica con compiti di consulenza.

#### Entro il 30 aprile 2013

- Relazione alla D.S.A. Miglioramento del sito web ed aggiornamento continuo, anche su [www.costruiredalute.it](http://www.costruiredalute.it), delle informazioni riguardanti soprattutto i servizi erogati ed i tempi di attesa delle prestazioni;
- Relazione del Servizio Tecnico sulla Facilitazione dei percorsi relativi al sistema di segnalazioni/reclami;
- Relazione alla D.S.A. sul Potenziamento delle aree di intrattenimento (TV) nelle UU. OO. carenti;

#### Entro il 30 giugno 2013

- Presentazione alla D.S.A. del Miglioramento della Carta dei Servizi Aziendali completa di standard e fattori di qualità individuati con la collaborazione della componente civica;
- Relazione alla D.S.A. sul Potenziamento dei sistemi di informazione all'utenza (cartellonistica);

#### Entro il 31 agosto 2013

- Incontro con i M.M.G. per Aumentare l'impegno aziendale rispetto alle politiche relative alla "Gestione del dolore" (attualmente assolutamente carenti);

- Relazione alla D.S.A. per Prevedere, ove assenti spazi comuni dedicati alla consumazione dei pasti nelle UU. OO.;

### **Entro il 31 dicembre 2013**

- Relazione sui corsi di formazione per il personale del front office e dei PUA dedicati ai temi della comunicazione e della relazione con gli utenti e funzionali ad incentivare anche l'uso di [www.costruiredalite.it](http://www.costruiredalite.it) ed il corretto accesso ai servizi (es. ADI, consultori, etc...);
- Relazione da parte del Servizio Tecnico sul Potenziamento dei sistemi di informazione, prescrizione, divieto, informazione all'utenza (cartellonistica per vie di fuga, allocazione estintori, divieto di fumo, piano di evacuazione, etc...);
- Relazione alla D.S.A. degli incontri per la campagna di educazione sanitaria presso scuole, centri di formazione ed altri luoghi di aggregazione con l'ausilio di materiale didattico all'uopo redatto (per le ASP).

## **STANDARD Joint Commission International (JCI)**

**Standard per la sicurezza del paziente individuati dalla Regione Siciliana per tutte le organizzazioni accreditate JCI sulla base degli standard internazionali per gli ospedali per ampliare gli strumenti per l'identificazione delle aree critiche e per la definizione e implementazione dei piani di miglioramento dei processi sanitari.**

- **STD\_DESC - descrizione degli standard**
  - **EM\_DESC – descrizione descrizione dell'elemento misurabile**
-

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

AREA	STD	STD_DESC	EM	EM_DESC
ACC	ACC.01.1.1	Al paziente in emergenza, in urgenza o con bisogni immediati è data priorità di valutazione e di trattamento.	1	L'organizzazione utilizza un processo di triage basato sull'evidenza per dare priorità ai pazienti con bisogni immediati.
ACC	ACC.01.1.1	Al paziente in emergenza, in urgenza o con bisogni immediati è data priorità di valutazione e di trattamento.	2	Il personale è addestrato sull'utilizzo dei criteri.
ACC	ACC.01.1.1	Al paziente in emergenza, in urgenza o con bisogni immediati è data priorità di valutazione e di trattamento.	3	Viene definito l'ordine di priorità dei pazienti in base all'urgenza dei loro bisogni.
ACC	ACC.01.1.1	Al paziente in emergenza, in urgenza o con bisogni immediati è data priorità di valutazione e di trattamento.	4	I pazienti in condizioni d'emergenza sono valutati e stabilizzati entro le possibilità e le risorse dell'ospedale prima di procedere al trasferimento.
ACC	ACC.01.4	Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti.	1	L'organizzazione ha stabilito i criteri di accesso e/o trasferimento per le unità di terapia intensiva e ad alta specializzazione, compresi i programmi di ricerca ed altri programmi studiati per esigenze particolari.
ACC	ACC.01.4	Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti.	2	I criteri sono basati su parametri fisiologici laddove possibile e appropriato.
ACC	ACC.01.4	Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti.	3	Professionisti idonei sono coinvolti nell'elaborazione dei criteri.
ACC	ACC.01.4	Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti.	4	Il personale è addestrato sull'applicazione dei criteri.
ACC	ACC.01.4	Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti.	5	Le cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva e/o nelle unità ad alta specializzazione contengono l'evidenza clinica della rispondenza ai criteri di ricovero.
ACC	ACC.01.4	Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti.	6	Le cartelle cliniche dei pazienti trasferiti o dimessi dalle unità di terapia intensiva e/o dalle unità ad alta specializzazione contengono l'evidenza clinica del fatto che questi pazienti non rispondono più ai criteri di ricovero in tali unità.
ACC	ACC.03.2.1	La lettera di dimissione dei pazienti ricoverati è completa.	1	La lettera di dimissione contiene il motivo del ricovero, le diagnosi e le comorbilità.
ACC	ACC.03.2.1	La lettera di dimissione dei pazienti ricoverati è completa.	2	La lettera di dimissione contiene l'obiettività fisica riscontrata e gli altri accertamenti significativi.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

ACC	ACC.03.2.1	La lettera di dimissione dei pazienti ricoverati è completa.	3	La lettera di dimissione contiene le procedure diagnostiche e terapeutiche eseguite.
ACC	ACC.03.2.1	La lettera di dimissione dei pazienti ricoverati è completa.	4	La lettera di dimissione contiene la terapia farmacologica significativa, compresa la terapia alla dimissione.
ACC	ACC.03.2.1	La lettera di dimissione dei pazienti ricoverati è completa.	5	La lettera di dimissione contiene le condizioni/lo stato del paziente alla dimissione.
ACC	ACC.03.2.1	La lettera di dimissione dei pazienti ricoverati è completa.	6	La lettera di dimissione contiene le istruzioni di follow-up.
ACC	ACC.04.2	L'organizzazione che accoglie il paziente riceve una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestati dall'organizzazione inviante.	1	Le informazioni cliniche relative al paziente o una relazione clinica sono trasferite insieme al paziente.
ACC	ACC.04.2	L'organizzazione che accoglie il paziente riceve una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestati dall'organizzazione inviante.	2	La relazione clinica comprende lo stato di salute del paziente.
ACC	ACC.04.2	L'organizzazione che accoglie il paziente riceve una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestati dall'organizzazione inviante.	3	La relazione clinica comprende le procedure e gli altri interventi eseguiti.
ACC	ACC.04.2	L'organizzazione che accoglie il paziente riceve una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestati dall'organizzazione inviante.	4	La relazione clinica comprende i bisogni di assistenza continuativa del paziente.
AOP	AOP.01.2	La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, anche una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici.	1	Per tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali viene effettuata una valutazione iniziale comprensiva di un'anamnesi e di un esame obiettivo coerentemente con i requisiti definiti nella politica ospedaliera.
AOP	AOP.01.2	La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, anche una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici.	2	Per ogni paziente viene effettuata una valutazione psicologica iniziale in funzione dei bisogni del paziente.
AOP	AOP.01.2	La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, anche una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici.	3	Per ogni paziente viene effettuata una valutazione iniziale dello stato sociale ed economico in funzione dei bisogni del paziente.
AOP	AOP.01.2	La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, anche una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici.	4	La valutazione iniziale si conclude con un'ipotesi diagnostica.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

AOP	AOP.01.3	I bisogni di assistenza medica e infermieristica del paziente sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica.	1	I bisogni di assistenza medica del paziente sono identificati tramite la valutazione iniziale, l'anamnesi documentata, l'esame obiettivo e le ulteriori valutazioni eseguite sulla base della rilevazione dei bisogni del paziente.
AOP	AOP.01.3	I bisogni di assistenza medica e infermieristica del paziente sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica.	2	I bisogni di assistenza infermieristica del paziente sono identificati tramite la valutazione infermieristica documentata, la valutazione medica e le ulteriori valutazioni eseguite sulla base della rilevazione dei bisogni del paziente.
AOP	AOP.01.3	I bisogni di assistenza medica e infermieristica del paziente sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica.	3	I bisogni di assistenza medica del paziente così identificati sono documentati in cartella clinica.
AOP	AOP.01.3	I bisogni di assistenza medica e infermieristica del paziente sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica.	4	I bisogni di assistenza infermieristica del paziente così identificati sono documentati in cartella clinica.
AOP	AOP.01.3	I bisogni di assistenza medica e infermieristica del paziente sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica.	5	Politiche e procedure supportano l'uniformità della pratica in tutte le aree.
AOP	AOP.01.3.1	La valutazione medica e infermieristica iniziale del paziente in situazione di emergenza è basata sui suoi bisogni e sulle sue condizioni.	3	In caso di intervento chirurgico, prima dell'intervento sono registrate perlomeno una nota sintetica e la diagnosi preoperatoria.
AOP	AOP.01.7	Tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo.	1	Per tutti i pazienti viene fatto uno screening del dolore.
AOP	AOP.01.7	Tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo.	2	Se l'esame di screening iniziale identifica la presenza di dolore, il paziente viene inviato altrove per il trattamento oppure viene eseguita una valutazione completa, appropriata all'età del paziente, che misura l'intensità e la qualità del dolore, come natura, frequenza, sede e durata del dolore.
AOP	AOP.01.7	Tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo.	3	La valutazione viene registrata in modo tale da facilitare la rivalutazione periodica e il follow-up in base ai criteri elaborati dall'organizzazione e ai bisogni del paziente.
AOP	AOP.01.8	L'organizzazione conduce valutazioni iniziali personalizzate per categorie particolari di assistiti.	2	Il processo di valutazione per le categorie di pazienti con bisogni unici o particolari è debitamente modificato allo scopo di riflettere questi bisogni.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

AOP	AOP.02	Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento allo scopo di determinare la loro risposta al trattamento e di pianificare la continuità delle cure o la dimissione.	1	Il paziente è sottoposto a rivalutazione al fine di determinare la sua risposta al trattamento.
AOP	AOP.02	Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento allo scopo di determinare la loro risposta al trattamento e di pianificare la continuità delle cure o la dimissione.	2	Il paziente è sottoposto a rivalutazione al fine di pianificare la continuità delle cure o la dimissione.
AOP	AOP.02	Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento allo scopo di determinare la loro risposta al trattamento e di pianificare la continuità delle cure o la dimissione.	3	Il paziente è sottoposto a rivalutazione a intervalli appropriati in base alle sue condizioni e ogni qualvolta intervengano modificazioni significative nelle sue condizioni, nel piano di cura e nei suoi bisogni individuali oppure in base alle politiche e procedure ospedaliere.
AOP	AOP.02	Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento allo scopo di determinare la loro risposta al trattamento e di pianificare la continuità delle cure o la dimissione.	4	Un medico rivaluta il paziente almeno una volta al giorno, compresi i fine settimana, durante la fase acuta della cura e del trattamento.
AOP	AOP.02	Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento allo scopo di determinare la loro risposta al trattamento e di pianificare la continuità delle cure o la dimissione.	5	Per i pazienti non acuti, la politica ospedaliera definisce le circostanze e le tipologie di pazienti o le categorie di pazienti per cui la valutazione medica può essere eseguita con una periodicità inferiore a quella giornaliera e identifica l'intervallo minimo di rivalutazione per questi pazienti.
AOP	AOP.02	Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento allo scopo di determinare la loro risposta al trattamento e di pianificare la continuità delle cure o la dimissione.	6	Le rivalutazioni sono documentate in cartella clinica.
AOP	AOP.05.3	I risultati degli esami di laboratorio sono disponibili su base tempestiva come definito dall'organizzazione.	3	I risultati degli esami di laboratorio sono refertati entro i tempi utili a soddisfare i bisogni del paziente.
AOP	AOP.05.3.1	Esiste un processo per la refertazione dei risultati critici degli esami diagnostici	2	Il processo definisce i valori critici per ciascun tipo di esame.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

AOP	AOP.05.3.1	Esiste un processo per la refertazione dei risultati critici degli esami diagnostici	3	Il processo identifica la persona che comunica i risultati critici e la persona a cui sono comunicati i risultati critici degli esami di laboratorio
ASC	ASC.03	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda.	1	L'assistenza ai pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda è guidata da politiche e procedure appropriate, che descrivono quantomeno gli elementi di cui ai punti a) – f) dell'intento: a) le modalità della pianificazione, compresa l'identificazione delle differenze tra pazienti adulti e pazienti pediatrici o altre considerazioni speciali; b) la documentazione di cui necessita l'equipe di cura per lavorare e comunicare efficacemente; c) le considerazioni riguardo a consensi speciali, laddove appropriati; d) la frequenza e il tipo di requisiti per il monitoraggio del paziente; e) le qualifiche o le competenze speciali del personale coinvolto nel processo della sedazione; f) la disponibilità e l'utilizzo di apparecchiature specialistiche
ASC	ASC.03	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda.	2	I professionisti qualificati identificati dallo standard ASC.2 partecipano all'elaborazione delle politiche e delle procedure.
ASC	ASC.03	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda.	3	Viene eseguita una valutazione pre-sedazione, conforme alla politica ospedaliera, per valutare il rischio e l'appropriatezza della sedazione per il singolo paziente
ASC	ASC.03	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda.	4	Il professionista medico responsabile della sedazione è qualificato quantomeno negli elementi di cui ai punti g) – k) dell'intento: g) tecniche di sedazione per i diversi livelli; h) monitoraggio appropriato; i) risposta alle complicanze; j) uso di antagonisti; k) tecniche di base di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza (come minimo, il BLS).
ASC	ASC.03	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda.	5	Un operatore sanitario qualificato effettua il monitoraggio del paziente durante tutto il periodo di sedazione e documenta il monitoraggio.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

ASC	ASC.03	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda.	6	Sono stati elaborati criteri prestabiliti per il risveglio e per la dimissione dalla sedazione e questi criteri sono documentati
ASC	ASC.03	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda.	7	La sedazione moderata e profonda è somministrata in base alla politica ospedaliera.
ASC	ASC.04	Un professionista qualificato esegue una valutazione preanestesiologica e una valutazione pre-induzione.	1	Per ciascun paziente viene effettuata una valutazione preanestesiologica.
ASC	ASC.04	Un professionista qualificato esegue una valutazione preanestesiologica e una valutazione pre-induzione.	2	Viene eseguita a parte una valutazione pre-induzione allo scopo di rivalutare il paziente immediatamente prima dell'induzione di anestesia.
ASC	ASC.04	Un professionista qualificato esegue una valutazione preanestesiologica e una valutazione pre-induzione.	3	Le due valutazioni sono eseguite da un professionista qualificato in tal senso.
ASC	ASC.04	Un professionista qualificato esegue una valutazione preanestesiologica e una valutazione pre-induzione.	4	Le due valutazioni sono documentate in cartella clinica.
ASC	ASC.05	Il trattamento anestesilogico di ciascun paziente è pianificato e documentato in cartella clinica.	1	Il trattamento anestesilogico di ciascun paziente è pianificato.
ASC	ASC.05	Il trattamento anestesilogico di ciascun paziente è pianificato e documentato in cartella clinica.	2	Il piano di cura anestesilogico è documentato.
ASC	ASC.05.3	Lo stato fisiologico di ciascun paziente durante la somministrazione di anestesia è sotto monitoraggio continuo, documentato in cartella clinica.	1	La politica e la procedura definiscono il tipo di monitoraggio minimo e la frequenza minima del monitoraggio durante l'anestesia, i quali sono uniformi per le tipologie di pazienti simili sottoposti a un'anestesia simile indipendentemente dal luogo di erogazione dell'anestesia.
ASC	ASC.05.3	Lo stato fisiologico di ciascun paziente durante la somministrazione di anestesia è sotto monitoraggio continuo, documentato in cartella clinica.	2	Lo stato fisiologico del paziente è monitorato in base alla politica e alla procedura durante la somministrazione di anestesia.
ASC	ASC.05.3	Lo stato fisiologico di ciascun paziente durante la somministrazione di anestesia è sotto monitoraggio continuo, documentato in cartella clinica.	3	I risultati del monitoraggio sono registrati nella scheda anestesilogica del paziente.
ASC	ASC.06	Le condizioni post-anestesia di ciascun paziente sono monitorate e documentate e il paziente è dimesso dall'area di risveglio da un professionista qualificato oppure sulla base di criteri prestabiliti.	1	Il monitoraggio del paziente durante la fase di risveglio post-anestesia viene eseguito in conformità alla politica ospedaliera.
ASC	ASC.06	Le condizioni post-anestesia di ciascun paziente sono monitorate e documentate e il paziente è dimesso dall'area di risveglio da un professionista qualificato oppure sulla base di criteri prestabiliti.	2	I dati del monitoraggio sono documentati in cartella clinica tramite registrazione manuale (per iscritto o a computer) o informatizzata (esempio: tracciato).

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

ASC	ASC.06	Le condizioni post-anestesia di ciascun paziente sono monitorate e documentate e il paziente è dimesso dall'area di risveglio da un professionista qualificato oppure sulla base di criteri prestabiliti.	3	Il paziente viene dimesso dall'area di post-anestesia (oppure il monitoraggio relativo alla fase di risveglio viene terminato) secondo una delle alternative descritte ai punti a) – c) dell'intento.
ASC	ASC.06	Le condizioni post-anestesia di ciascun paziente sono monitorate e documentate e il paziente è dimesso dall'area di risveglio da un professionista qualificato oppure sulla base di criteri prestabiliti.	4	L'ora di inizio della fase di risveglio e l'ora di fine della fase di risveglio sono registrate in cartella clinica.
ASC	ASC.07	Il trattamento chirurgico di ciascun paziente è pianificato e documentato in base ai risultati della valutazione.	1	Le informazioni emerse dalle valutazioni del paziente, che sono state utilizzate per elaborare e supportare la procedura invasiva programmata, sono documentate in cartella clinica ad opera del medico responsabile prima dell'esecuzione della procedura stessa.
ASC	ASC.07	Il trattamento chirurgico di ciascun paziente è pianificato e documentato in base ai risultati della valutazione.	2	Il trattamento chirurgico di ciascun paziente è pianificato sulla base delle informazioni emerse dalle valutazioni del paziente.
ASC	ASC.07	Il trattamento chirurgico di ciascun paziente è pianificato e documentato in base ai risultati della valutazione.	3	Una diagnosi preoperatoria e la procedura programmata sono documentate in cartella clinica ad opera del medico responsabile prima dell'esecuzione della procedura.
ASC	ASC.07.2	Un verbale operatorio o una breve nota sull'intervento chirurgico sono presenti in cartella clinica allo scopo di facilitare la prosecuzione delle cure.	1	Tutti i verbali operatori e le brevi note sugli interventi chirurgici, documentati per iscritto, comprendono quantomeno gli elementi di cui ai punti a) – f) dell'intento.
ASC	ASC.07.2	Un verbale operatorio o una breve nota sull'intervento chirurgico sono presenti in cartella clinica allo scopo di facilitare la prosecuzione delle cure.	2	Il verbale operatorio scritto o una breve nota sull'intervento chirurgico documentata in cartella clinica sono disponibili prima che il paziente lasci l'area di risveglio post-anestesia.
ASC	ASC.07.4	L'assistenza postoperatoria del paziente è pianificata e documentata.	1	L'assistenza di ogni paziente nell'immediato postoperatorio è pianificata e include la componente medica, infermieristica e di altre discipline così come indicato dai bisogni predefiniti del paziente.
ASC	ASC.07.4	L'assistenza postoperatoria del paziente è pianificata e documentata.	2	Il piano di assistenza postoperatoria è documentato in cartella clinica dal chirurgo referente o verificato dal chirurgo referente che co-firma il piano documentato che è stato redatto da un suo delegato.o.
ASC	ASC.07.4	L'assistenza postoperatoria del paziente è pianificata e documentata.	3	Il piano di assistenza infermieristica postoperatoria è documentato in cartella clinica.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

ASC	ASC.07.4	L'assistenza postoperatoria del paziente è pianificata e documentata.	4	Laddove indicato dalle condizioni del paziente, il piano di cura postoperatorio erogato da altre discipline è documentato in cartella clinica.
ASC	ASC.07.4	L'assistenza postoperatoria del paziente è pianificata e documentata.	6	Le cure pianificate sono erogate.
COP	COP.02.2	I professionisti autorizzati a prescrivere annotano le prescrizioni nell'apposito spazio della cartella clinica.	1	Le prescrizioni/richieste sono formulate per iscritto laddove previsto e seguono la politica ospedaliera.
COP	COP.02.2	I professionisti autorizzati a prescrivere annotano le prescrizioni nell'apposito spazio della cartella clinica.	2	Le richieste degli esami di laboratorio e di diagnostica per immagini includono il quesito diagnostico o la motivazione dell'esame laddove necessari ai fini dell'interpretazione.
COP	COP.02.2	I professionisti autorizzati a prescrivere annotano le prescrizioni nell'apposito spazio della cartella clinica.	3	Le prescrizioni/richieste sono scritte solo dai soggetti autorizzati.
COP	COP.02.2	I professionisti autorizzati a prescrivere annotano le prescrizioni nell'apposito spazio della cartella clinica.	4	Le prescrizioni/richieste si trovano in un apposito spazio uniforme della cartella clinica.
COP	COP.02.3	Le procedure eseguite sono documentate in cartella clinica.	1	Le procedure eseguite sono documentate in cartella clinica.
COP	COP.02.3	Le procedure eseguite sono documentate in cartella clinica.	2	I risultati delle procedure eseguite sono documentati in cartella clinica.
FMS	FMS.03.1	Un programma di monitoraggio fornisce i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione e in funzione della riduzione del rischio.	1	Esiste un programma per il monitoraggio di tutti gli aspetti del programma di gestione del rischio ambientale.
FMS	FMS.03.1	Un programma di monitoraggio fornisce i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione e in funzione della riduzione del rischio.	2	I dati del monitoraggio sono utilizzati per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale.
FMS	FMS.07	L'organizzazione pianifica e implementa un programma a garanzia che tutti gli occupanti dell'infrastruttura siano al sicuro da incendi, fumo o altre emergenze	1	L'organizzazione pianifica un programma volto a garantire la sicurezza di tutti gli occupanti della struttura in caso di incendio, fumo o altre emergenze
FMS	FMS.07.2	L'organizzazione collauda regolarmente il proprio piano antincendio e antifumo, compresi i vari dispositivi di rilevazione e di spegnimento, e ne documenta i risultati	1	Gli impianti di rivelazione d'incendio e di spegnimento sono ispezionati, testati e sottoposti a manutenzione in base alla frequenza definita dall'organizzazione
FMS	FMS.08	L'organizzazione pianifica e implementa un programma per il controllo, il collaudo, le verifiche e la manutenzione delle apparecchiature medicali e la documentazione dei risultati.	1	Le apparecchiature medicali sono gestite in tutta l'organizzazione secondo un piano.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

FMS	FMS.08	L'organizzazione pianifica e implementa un programma per l'ispezione, il collaudo e la manutenzione delle apparecchiature medicali e la documentazione dei risultati	3	Le apparecchiature medicali sono ispezionate regolarmente
FMS	FMS.08	L'organizzazione pianifica e implementa un programma per il controllo, il collaudo, le verifiche e la manutenzione delle apparecchiature medicali e la documentazione dei risultati.	4	Le apparecchiature medicali nuove sono collaudate all'acquisto e poi verificate su base regolare a seconda dell'età, dell'utilizzo e delle raccomandazioni del produttore. (Vedere anche AOP.5.4, EM 5; AOP.6.5, EM 5)
FMS	FMS.08	L'organizzazione pianifica e implementa un programma per l'ispezione, il collaudo e la manutenzione delle apparecchiature medicali e la documentazione dei risultati	5	Esiste un programma di manutenzione preventiva.
FMS	FMS.09.1	L'organizzazione dispone di processi di emergenza per tutelare gli occupanti dell'infrastruttura in caso di interruzione, contaminazione o guasto nell'erogazione di energia elettrica e acqua potabile.	1	L'organizzazione ha identificato le aree e i servizi a maggior rischio in caso di mancanza di energia elettrica o di contaminazione o interruzione dell'erogazione di acqua.
FMS	FMS.09.1	L'organizzazione dispone di processi di emergenza per tutelare gli occupanti dell'infrastruttura in caso di interruzione, contaminazione o guasto nell'erogazione di energia elettrica e acqua potabile.	3	L'organizzazione pianifica le fonti di approvvigionamento alternativo di energia elettrica e di acqua in caso di emergenza.
FMS	FMS.10.1	La qualità dell'acqua è oggetto di monitoraggio regolare ad opera dei soggetti o enti preposti.	2	L'acqua utilizzata in dialisi è analizzata regolarmente.
FMS	FMS.11	L'organizzazione educa e addestra tutti i membri del personale sul ruolo di ciascuno nell'offrire un'infrastruttura sicura ed efficace per la cura del paziente	1	Per ogni componente del programma aziendale di gestione e sicurezza delle infrastrutture, esiste un piano di formazione a garanzia che gli operatori presenti in tutti i turni di lavoro siano in grado di adempiere efficacemente alle proprie responsabilità
IPS	IPSG.01	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente.	1	Il paziente è identificato tramite l'utilizzo di due identificativi, ad esclusione del numero di reparto, stanza o letto del paziente.
IPS	IPSG.01	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente.	2	Il paziente viene identificato prima della somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati.
IPS	IPSG.01	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente.	3	Il paziente viene identificato prima del prelievo di sangue e di altri campioni biologici per analisi cliniche.
IPS	IPSG.01	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente.	4	Il paziente viene identificato prima dell'esecuzione di terapie e procedure.
IPS	IPSG.01	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente.	5	Politiche e procedure supportano l'uniformità della pratica di identificazione del paziente in tutte le sedi e in tutte le situazioni.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

IPS	IPSG.02	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'efficacia delle comunicazioni tra gli operatori.	1	La prescrizione telefonica o verbale e/o il risultato dell'esame comunicato al telefono o verbalmente vengono scritti per intero sotto dettatura dalla persona che riceve le informazioni telefoniche o verbali.
IPS	IPSG.02	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'efficacia delle comunicazioni tra gli operatori.	2	La persona che riceve le informazioni telefoniche o verbali rilegge per intero ad alta voce la prescrizione e/o il risultato dell'esame comunicati al telefono o verbalmente.
IPS	IPSG.02	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'efficacia delle comunicazioni tra gli operatori.	3	La prescrizione e/o il risultato dell'esame vengono confermati dalla persona che li ha comunicati.
IPS	IPSG.02	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'efficacia delle comunicazioni tra gli operatori.	4	Politiche e procedure supportano l'uniformità della pratica di verifica dell'accuratezza di tutte le comunicazioni verbali e telefoniche.
IPS	IPSG.03	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio.	1	Sono elaborate politiche e/o procedure che contemplano l'identificazione dei farmaci ad alto rischio, le aree assistenziali in cui è ammessa la loro conservazione e le relative modalità di etichettatura e conservazione.
IPS	IPSG.03	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio.	2	Le politiche e/o procedure sono implementate.
IPS	IPSG.03	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio.	3	Gli elettroliti concentrati non sono presenti nelle unità operative se non in quelle dove la loro presenza è clinicamente necessaria e autorizzata dalla politica ospedaliera e dove sono state messe in atto azioni di prevenzione della somministrazione accidentale.
IPS	IPSG.03	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio.	4	Gli elettroliti concentrati che sono stoccati nelle unità operative sono etichettati in modo chiaro e conservati in modo tale da limitarne l'accesso.
IPS	IPSG.04	L'organizzazione elabora un metodo per garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta.	1	L'organizzazione utilizza un segno immediatamente riconoscibile per l'identificazione del sito chirurgico ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nel processo di marcatura del sito operatorio.
IPS	IPSG.04	L'organizzazione elabora un metodo per garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta.	2	L'organizzazione utilizza una checklist o un altro meccanismo per verificare nel preoperatorio la corretta identificazione del paziente, della procedura e del sito chirurgico e per verificare la presenza, la correttezza e la funzionalità di tutta la documentazione e di tutte le apparecchiature e i dispositivi necessari.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

IPS	IPSG.04	L'organizzazione elabora un metodo per garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta.	3	L'intera equipe chirurgica conduce e documenta una procedura di time-out appena prima di iniziare una procedura chirurgica.
IPS	IPSG.04	L'organizzazione elabora un metodo per garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta.	4	Sono elaborate politiche e procedure che supportano processi uniformi a garanzia dell'esecuzione dell'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta, ivi comprese le procedure invasive cliniche e odontoiatriche eseguite fuori dalla sala operatoria.
IPS	IPSG.05	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.	1	L'organizzazione ha adottato o adattato le linee guida correnti sull'igiene delle mani comunemente accettate e pubblicate in letteratura.
IPS	IPSG.05	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.	2	L'organizzazione ha messo in atto un programma efficace di igiene delle mani.
IPS	IPSG.05	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.	3	Sono elaborate politiche e/o procedure che supportano la riduzione continua delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.
IPS	IPSG.06	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale.	1	L'organizzazione implementa un processo per la valutazione iniziale del rischio di caduta del paziente e per la rivalutazione del paziente in caso di modifica, a titolo di esempio, delle condizioni di salute o della terapia farmacologica.
IPS	IPSG.06	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale.	2	Sono implementate misure atte a ridurre il rischio di caduta per quei pazienti individuati a rischio di caduta nel corso della valutazione del paziente.
IPS	IPSG.06	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale.	3	I risultati delle misure messe in atto sono oggetto di monitoraggio, sia in termini di un'effettiva riduzione degli infortuni conseguenti a caduta accidentale sia in termini di eventuali conseguenze inattese e indesiderate delle stesse misure.
IPS	IPSG.06	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale.	4	Politiche e/o procedure supportano la riduzione continua del rischio di danno conseguente a caduta accidentale all'interno dell'organizzazione.
MCI	MCI.18	Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne.	1	Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure tra cui, quantomeno, gli elementi di cui ai punti a) – h) dell'intento. La politica o il protocollo è implementato.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

MCI	MCI.18	Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne.	2	Un protocollo scritto definisce le modalità di controllo sulle politiche e sulle procedure prodotte da soggetti esterni all'organizzazione. Il protocollo è implementato.
MCI	MCI.18	Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne.	3	Una politica o un protocollo scritto definisce i tempi di conservazione di politiche e procedure obsolete, almeno per i tempi previsti dalla legislazione e dalla normativa, assicurando al contempo che le stesse non vengano utilizzate erroneamente. La politica o il protocollo è implementato.
MCI	MCI.18	Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne.	4	Una politica o un protocollo scritto definisce le modalità di identificazione e di tracciabilità delle politiche e delle procedure in uso. La politica o il protocollo è implementato.
MCI	MCI.19.3	Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne l'autore e la data.	1	È possibile identificare l'autore di ciascuna annotazione in cartella clinica.
MCI	MCI.19.3	Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne l'autore e la data.	2	È possibile identificare la data di ciascuna annotazione in cartella clinica.
MCI	MCI.19.3	Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne l'autore e la data.	3	Laddove prescritto dall'organizzazione, è possibile identificare l'ora di un'annotazione.
MMU	MMU.03	I farmaci sono conservati in modo appropriato e sicuro.	1	I farmaci sono conservati in condizioni idonee a garantire la stabilità dei prodotti.
MMU	MMU.03	I farmaci sono conservati in modo appropriato e sicuro.	4	Tutte le aree di deposito farmaci sono ispezionate periodicamente in base alla politica ospedaliera per garantire la conservazione appropriata dei farmaci.
MMU	MMU.03	I farmaci sono conservati in modo appropriato e sicuro.	5	La politica ospedaliera definisce le modalità di identificazione e conservazione dei farmaci di proprietà del paziente.
MMU	MMU.03.2	I farmaci per le emergenze sono disponibili, presidiati e al sicuro se conservati fuori dalla farmacia.	1	I farmaci per le emergenze sono disponibili nelle unità operative dove saranno necessari o sono prontamente accessibili all'interno dell'ospedale per rispondere alle emergenze.
MMU	MMU.03.2	I farmaci per le emergenze sono disponibili, presidiati e al sicuro se conservati fuori dalla farmacia.	2	La politica ospedaliera definisce le modalità di conservazione, controllo e protezione da perdita o furto dei farmaci per le emergenze.
MMU	MMU.03.2	I farmaci per le emergenze sono disponibili, presidiati e al sicuro se conservati fuori dalla farmacia.	3	I farmaci per le emergenze sono presidiati e sostituiti tempestivamente come da politica ospedaliera dopo ogni uso e in caso di scadenza o danneggiamento.

MMU	MMU.04.1	L'organizzazione definisce gli elementi per la completezza delle prescrizioni o richieste di terapia farmacologica e quali prescrizioni sono considerate accettabili.	1	<p>Le richieste o le prescrizioni di terapia farmacologica considerate accettabili sono definite in politica, ivi compresi quantomeno gli elementi di cui ai punti a) – i) dell'intento:</p> <p>a) I dati necessari per identificare con esattezza il paziente.</p> <p>b) Gli elementi della prescrizione o della richiesta.</p> <p>c) I casi in cui è accettabile o necessaria l'indicazione del farmaco generico o della specialità medicinale (principio attivo o nome commerciale).</p> <p>d) Se e quando è richiesta l'indicazione terapeutica per una prescrizione "al bisogno" o di altro tipo.</p> <p>e) Le precauzioni o le procedure speciali per la prescrizione dei farmaci cosiddetti "Look-Alike/Sound-Alike" o LASA (farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per via della somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni)</p> <p>f) Le azioni da intraprendere quando la prescrizione di terapia è incompleta, illeggibile o non chiara.</p> <p>g) Le tipologie aggiuntive di prescrizioni autorizzate, come ad esempio le prescrizioni durante un'emergenza, le prescrizioni continuative, le prescrizioni con sospensione automatica predefinita, e gli elementi necessari di tali prescrizioni.</p> <p>h) L'utilizzo di prescrizioni di terapia verbali e telefoniche e il processo per la verifica di tali prescrizioni.</p> <p>i) Le tipologie di prescrizioni che sono in base al peso, come quelle per i pazienti pediatrici.</p>
MMU	MMU.04.1	L'organizzazione definisce gli elementi per la completezza delle prescrizioni o richieste di terapia farmacologica e quali prescrizioni sono considerate accettabili.	2	Le richieste o le prescrizioni di terapia farmacologica sono complete in base alla politica ospedaliera.
MMU	MMU.05.2	È in uso un sistema di dispensazione dei farmaci nella giusta dose per il paziente giusto al momento giusto.	1	Esiste un sistema uniforme di dispensazione e distribuzione dei farmaci in tutto l'ospedale.
MMU	MMU.05.2	È in uso un sistema di dispensazione dei farmaci nella giusta dose per il paziente giusto al momento giusto.	2	Dopo la preparazione, i farmaci sono dotati di etichetta recante il nome del farmaco, la dose/concentrazione del farmaco, la data di preparazione, la data di scadenza e il nome del paziente.
MMU	MMU.05.2	È in uso un sistema di dispensazione dei farmaci nella giusta dose per il paziente giusto al momento giusto.	3	I farmaci sono dispensati nella forma di somministrazione più pronta per l'uso.
MMU	MMU.05.2	È in uso un sistema di dispensazione dei farmaci nella giusta dose per il paziente giusto al momento giusto.	4	Il sistema supporta l'accuratezza della dispensazione.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

MMU	MMU.05.2	È in uso un sistema di dispensazione dei farmaci nella giusta dose per il paziente giusto al momento giusto.	5	Il sistema supporta la tempestività della dispensazione.
MMU	MMU.06.1	La somministrazione dei farmaci prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso.	1	Il farmaco viene verificato rispetto alla prescrizione o alla richiesta.
MMU	MMU.06.1	La somministrazione dei farmaci prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso.	2	La dose viene verificata rispetto alla prescrizione o alla richiesta.
MMU	MMU.06.1	La somministrazione dei farmaci prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso.	3	La via di somministrazione viene verificata rispetto alla prescrizione o alla richiesta.
MMU	MMU.06.1	La somministrazione dei farmaci prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso.	4	Il farmaco è somministrato puntualmente.
MMU	MMU.06.1	La somministrazione dei farmaci prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso.	5	Il farmaco è somministrato come prescritto e l'avvenuta somministrazione è registrata in cartella clinica.
PCI	PCI.05	L'organizzazione progetta e implementa un programma globale per la riduzione dei rischi di infezioni associate all'assistenza sanitaria a carico di pazienti ed operatori sanitari.	1	Esistono un programma e un piano globali per la riduzione del rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria a carico dei pazienti.
PCI	PCI.05	L'organizzazione progetta e implementa un programma globale per la riduzione dei rischi di infezioni associate all'assistenza sanitaria a carico di pazienti ed operatori sanitari.	3	Il programma prevede le attività di sorveglianza sistematica e proattiva al fine di determinare i tassi usuali (endemic) di infezioni.
PCI	PCI.05	L'organizzazione progetta e implementa un programma globale per la riduzione dei rischi di infezioni associate all'assistenza sanitaria a carico di pazienti ed operatori sanitari.	6	Gli obiettivi finali di riduzione del rischio e i relativi obiettivi misurabili a breve termine sono definiti e verificati regolarmente.
PCI	PCI.07	L'organizzazione identifica le procedure e i processi associati al rischio di infezione e implementa le strategie atte a ridurre il rischio di infezione.	1	L'organizzazione ha identificato i processi associati al rischio di infezione.
PCI	PCI.07	L'organizzazione identifica le procedure e i processi associati al rischio di infezione e implementa le strategie atte a ridurre il rischio di infezione.	2	L'organizzazione ha implementato le strategie atte a ridurre il rischio di infezione in quei processi.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

PCI	PCI.07	L'organizzazione identifica le procedure e i processi associati al rischio di infezione e implementa le strategie atte a ridurre il rischio di infezione.	3	L'organizzazione identifica i rischi (vedere anche gli standard da PCI.7.1 a PCI.7.5) per i quali sono necessarie politiche e/o procedure, interventi di formazione del personale, modifiche della pratica e altre attività a supporto della riduzione del rischio.
PCI	PCI.07.1	L'organizzazione riduce il rischio di infezioni garantendo l'adeguatezza della pulizia e della sterilizzazione delle apparecchiature e una gestione appropriata della lavanderia e della biancheria.	1	Le metodiche di pulizia e sterilizzazione delle apparecchiature nella centrale di sterilizzazione sono appropriate al tipo di apparecchiature.
PCI	PCI.07.1	L'organizzazione riduce il rischio di infezioni garantendo l'adeguatezza della pulizia e della sterilizzazione delle apparecchiature e una gestione appropriata della lavanderia e della biancheria.	2	Le metodiche di pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature condotte al di fuori della centrale di sterilizzazione sono appropriate al tipo di apparecchiature.
PCI	PCI.07.1	L'organizzazione riduce il rischio di infezioni garantendo l'adeguatezza della pulizia e della sterilizzazione delle apparecchiature e una gestione appropriata della lavanderia e della biancheria.	3	La gestione della lavanderia e della biancheria è appropriata in funzione della minimizzazione del rischio a carico di operatori e pazienti.
PCI	PCI.07.2	L'organizzazione riduce il rischio di infezioni tramite il corretto smaltimento dei rifiuti.	1	Lo smaltimento dei rifiuti infetti e dei liquidi corporei è gestito in modo tale da minimizzare il rischio di trasmissione.
PCI	PCI.07.2	L'organizzazione riduce il rischio di infezioni tramite il corretto smaltimento dei rifiuti.	2	La movimentazione e lo smaltimento di sangue ed emocomponenti sono gestiti in modo tale da minimizzare il rischio di trasmissione. (Vedere anche AOP.5.1, intento)
PCI	PCI.07.2	L'organizzazione riduce il rischio di infezioni tramite il corretto smaltimento dei rifiuti.	3	L'operatività della sala autoptica e della camera ardente è gestita in modo tale da minimizzare il rischio di trasmissione.
PCI	PCI.07.3	L'organizzazione ha una politica e una procedura sullo smaltimento di aghi e taglienti.	1	Aghi e taglienti sono raccolti in contenitori dedicati a prova di puntura, i quali non sono riutilizzati.
PCI	PCI.07.3	L'organizzazione ha una politica e una procedura sullo smaltimento di aghi e taglienti.	2	L'ospedale provvede allo smaltimento in sicurezza di aghi e taglienti oppure appalta il servizio di smaltimento a una società che garantisce lo smaltimento dei contenitori di taglienti in discariche dedicate ai rifiuti pericolosi oppure secondo le modalità stabilite dalla legislazione e dalla normativa nazionali vigenti in materia.
PCI	PCI.07.3	L'organizzazione ha una politica e una procedura sullo smaltimento di aghi e taglienti.	3	Lo smaltimento di aghi e taglienti è conforme alle politiche di prevenzione e controllo infezioni dell'organizzazione

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

PCI	PCI.08	L'organizzazione predispone le precauzioni di barriera e le procedure di isolamento a protezione di pazienti, visitatori e operatori dalle malattie trasmissibili e protegge i pazienti immunosoppressi dall'acquisizione di infezioni alle quali sono particolarmente suscettibili.	1	I pazienti affetti da malattie contagiose note o sospette sono isolati in conformità alla politica ospedaliera e alle linee guida raccomandate.
PCI	PCI.09	Guanti, maschere, protezioni oculari, altri dispositivi di protezione, detergenti e disinfettanti sono disponibili e usati correttamente laddove richiesto.	2	Guanti e/o maschere o protezioni oculari sono utilizzati correttamente in tali situazioni.
PCI	PCI.10	I processi di prevenzione e controllo delle infezioni è integrato con il programma aziendale per il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente.	1	Le attività di prevenzione e controllo delle infezioni sono integrate nel programma aziendale per il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente.
PCI	PCI.10	I processi di prevenzione e controllo delle infezioni è integrato con il programma aziendale per il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente.	2	La leadership del programma di prevenzione e controllo infezioni fa parte del meccanismo di supervisione del programma aziendale per la qualità e la sicurezza del paziente.
PCI	PCI.11	L'organizzazione provvede alla formazione sulle pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni per il personale, i medici, i pazienti e, laddove indicato in base al livello di coinvolgimento nelle cure, i familiari e le altre persone che si prendono cura del paziente.	2	L'organizzazione provvede alla formazione sulla prevenzione e sul controllo delle infezioni di tutto il personale e di altri professionisti.
PCI	PCI.11	L'organizzazione provvede alla formazione sulle pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni per il personale, i medici, i pazienti e, laddove indicato in base al livello di coinvolgimento nelle cure, i familiari e le altre persone che si prendono cura del paziente.	3	L'organizzazione provvede all'educazione di pazienti e familiari sulla prevenzione e sul controllo delle infezioni.
PFR	PFR.1.4	I pazienti sono salvaguardati da ogni forma di violenza fisica	1	L'organizzazione ha un processo per proteggere i pazienti da ogni forma di violenza fisica.
PFR	PFR.1.4	I pazienti sono salvaguardati da ogni forma di violenza fisica.	4	Le aree isolate o remote della struttura sono sorvegliate.
PFR	PFR.1.5	I bambini, i disabili, gli anziani e le altre categorie a rischio ricevono idonea protezione.	1	L'organizzazione identifica le proprie categorie protette.
PFR	PFR.1.5	I bambini, i disabili, gli anziani e le altre categorie a rischio ricevono idonea protezione.	2	Bambini, disabili, anziani e altri soggetti individuati dall'organizzazione sono considerati categorie protette.
PFR	PFR.6	Il consenso informato del paziente è acquisito attraverso un processo definito dall'organizzazione e implementato da personale addestrato, con un linguaggio comprensibile dal paziente.	1	L'organizzazione dispone di un processo chiaramente definito per l'acquisizione del consenso informato, descritto in politiche e procedure.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

PFR	PFR.6	Il consenso informato del paziente è acquisito attraverso un processo definito dall'organizzazione e implementato da personale addestrato, con un linguaggio comprensibile dal paziente.	2	Il personale designato è addestrato sull'implementazione delle politiche e delle procedure per il consenso informato.
PFR	PFR.6	Il consenso informato del paziente è acquisito attraverso un processo definito dall'organizzazione e implementato da personale addestrato, con un linguaggio comprensibile dal paziente.	3	I pazienti esprimono il proprio consenso informato in conformità alle politiche e alle procedure dell'organizzazione.
PFR	PFR.6.4.1	L'organizzazione redige un elenco delle categorie o delle tipologie di trattamenti e procedure che richiedono un consenso informato specifico.	1	L'organizzazione ha redatto un elenco delle procedure e dei trattamenti che richiedono un consenso informato a parte.
PFR	PFR.6.4.1	L'organizzazione redige un elenco delle categorie o delle tipologie di trattamenti e procedure che richiedono un consenso informato specifico.	2	L'elenco è elaborato di concerto dai medici e da coloro che forniscono i trattamenti e che eseguono le procedure.
QPS	QPS.03.3	I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori chiave per ogni singolo Obiettivo Internazionale per la Sicurezza del Paziente.	1	I leader clinici e manageriali selezionano gli indicatori chiave per ciascun Obiettivo Internazionale per la Sicurezza del Paziente.
QPS	QPS.03.3	I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori chiave per ogni singolo Obiettivo Internazionale per la Sicurezza del Paziente.	2	La misurazione degli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente comprende le aree individuate dagli IPSG.1 – IPSG.6.
QPS	QPS.03.3	I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori chiave per ogni singolo Obiettivo Internazionale per la Sicurezza del Paziente.	3	I dati della misurazione sono utilizzati per valutare l'efficacia dei miglioramenti.
QPS	QPS.06	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per identificare e gestire gli eventi sentinella.	1	I leader dell'ospedale hanno stabilito una definizione di evento sentinella che include quantomeno gli eventi di cui ai punti a) – d) dell'intento.
QPS	QPS.06	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per identificare e gestire gli eventi sentinella.	2	L'organizzazione conduce una root cause analysis per tutti gli eventi sentinella entro i tempi stabiliti dai leader dell'ospedale.
QPS	QPS.06	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per identificare e gestire gli eventi sentinella.	3	Gli eventi sono analizzati quando si verificano.
QPS	QPS.06	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per identificare e gestire gli eventi sentinella.	4	I leader dell'ospedale prendono delle misure correttive sulla base dei risultati della root cause analysis.
QPS	QPS.08	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per l'identificazione e l'analisi dei near miss.	1	L'organizzazione stabilisce una definizione di near miss.
QPS	QPS.08	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per l'identificazione e l'analisi dei near miss.	2	L'organizzazione definisce le tipologie di eventi da segnalare.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

QPS	QPS.08	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per l'identificazione e l'analisi dei near miss.	3	L'organizzazione stabilisce il processo per la segnalazione dei near miss.
QPS	QPS.08	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per l'identificazione e l'analisi dei near miss.	4	I dati sono analizzati e sono intraprese misure correttive per ridurre gli eventi di near miss.
SQE	SQE.01.1	Le responsabilità di ciascun operatore sono definite in una job description aggiornata.	1	Per ogni operatore non autorizzato ad esercitare la professione autonomamente esiste una job description
SQE	SQE.01.1	Le responsabilità di ciascun operatore sono definite in una job description aggiornata.	2	Per i professionisti identificati ai punti a) – d) dell'intento, laddove presenti nell'organizzazione, esiste una job description appropriata alle attività e alle responsabilità loro affidate oppure, laddove evidenziato dall'intento come alternativa possibile, sono stati loro conferiti i relativi "privileges".
SQE	SQE.01.1	Le responsabilità di ciascun operatore sono definite in una job description aggiornata.	3	Le job description sono aggiornate in base alla politica ospedaliera.
SQE	SQE.07	Tutti gli operatori sanitari e non sanitari sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico all'atto dell'assegnazione degli incarichi.	1	Tutti i neoassunti delle aree cliniche e non cliniche sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico o di eventuali incarichi particolari.
SQE	SQE.07	Tutti gli operatori sanitari e non sanitari sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico all'atto dell'assegnazione degli incarichi.	2	Gli operatori a contratto sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico o di eventuali incarichi particolari.
SQE	SQE.07	Tutti gli operatori sanitari e non sanitari sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico all'atto dell'assegnazione degli incarichi.	4	Gli studenti/tirocinanti sono orientati all'organizzazione e alle responsabilità loro assegnate.
SQE	SQE.08.1	Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e altri operatori identificati dall'organizzazione sono addestrati nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza e sono in grado di dimostrare una competenza adeguata al riguardo.	1	Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e gli altri operatori individuati dall'organizzazione per frequentare i corsi sulla rianimazione cardiopolmonare d'urgenza sono identificati.
SQE	SQE.08.1	Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e altri operatori identificati dall'organizzazione sono addestrati nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza e sono in grado di dimostrare una competenza adeguata al riguardo.	2	Il livello appropriato di addestramento è offerto con la periodicità sufficiente a rispondere ai bisogni del personale.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

SQE	SQE.08.1	Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e altri operatori identificati dall'organizzazione sono addestrati nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza e sono in grado di dimostrare una competenza adeguata al riguardo.	3	Vi è l'evidenza a dimostrazione che l'operatore ha superato il corso di addestramento.
SQE	SQE.08.1	Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e altri operatori identificati dall'organizzazione sono addestrati nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza e sono in grado di dimostrare una competenza adeguata al riguardo.	4	Ogni operatore ripete il corso di addestramento del livello auspicato (base o avanzato) sulla base dei requisiti e/o della periodicità definiti da un programma di addestramento ufficialmente riconosciuto oppure ogni due anni laddove non sia utilizzato un corso di addestramento ufficialmente riconosciuto
SQE	SQE.09	L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione.	1	I medici e i laureati che sono autorizzati dalla legislazione, dalla normativa e dall'organizzazione a erogare assistenza sanitaria senza supervisione sono identificati.
SQE	SQE.09	L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione.	2	Le credenziali richieste per ciascun medico in forza all'organizzazione (tra cui titoli di studio, abilitazioni ed registrazioni), così come stabilite in base alla normativa e alla politica ospedaliera, sono trattenute in copia dall'organizzazione e conservare nel fascicolo personale o in un fascicolo a parte delle credenziali del singolo medico.
SQE	SQE.09	L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione.	3	Tutte le credenziali (tra cui titoli di studio, abilitazioni ed registrazioni) sono verificate presso la fonte originale, ossia l'istituzione che ha rilasciato la credenziale, prima che il professionista cominci ad erogare prestazioni sanitarie ai pazienti o per essi.
SQE	SQE.09	L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione.	4	Tutte le credenziali presenti nel fascicolo del singolo medico (tra cui titoli di studio, abilitazioni ed iscrizioni agli albi) sono in corso di validità e aggiornate laddove richiesto.

## Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

SQE	SQE.10	L'organizzazione ha una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.	1	L'organizzazione si serve di un processo standardizzato, documentato in una politica ufficiale, per il conferimento dei "privileges" per l'erogazione di prestazioni sanitarie ai singoli medici in occasione dell' assegnazione del primo incarico e della riconferma.
SQE	SQE.10	L'organizzazione ha una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.	2	La decisione in merito alla riconferma per l'erogazione di prestazioni sanitarie è guidata dagli elementi di cui ai punti a) – f) dell'intento e dal riesame annuale delle performance del singolo medico.
SQE	SQE.10	L'organizzazione ha una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.	3	Le prestazioni sanitarie da erogarsi ad opera di ciascun medico sono chiaramente delineate e comunicate dai leader dell'organizzazione a tutte le unità operative dell'organizzazione e al singolo medico interessato.