



# **ASL LANCIANO VASTO CHIETI**

## **RELAZIONE CONSUNTIVA PIANO DELLE PERFORMANCE 2012-2014**

Redatto a cura dell'UOC Qualità, Accreditamento, Risk Management e Governo Clinico

Responsabile: Dott.ssa Maria Bernadette Di Sciascio

## RELAZIONE CONSUNTIVA PIANO DELLE PERFORMANCE 2012-2014

Il Piano delle performance aziendali è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti, alla crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito ed indirettamente all'erogazione del premio di risultato ai singoli in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

La direzione strategica, con questo documento ha definito gli obiettivi ed i risultati attesi nel triennio 2012 -2014 a seguito delle proprie scelte gestionali tenendo presente, in linea con gli obiettivi nazionali, l'importanza del contenimento della spesa pubblica.

Gli obiettivi descritti nel piano delle performance sono derivati dagli strumenti regionali di programmazione annuale e pluriennale, sono articolati su base annuale ai fini della misurazione periodica, ma sono finalizzati al perseguimento di risultati su un arco temporale di un triennio.

Il Piano è stato contestualizzato in obiettivi di budget per i dirigenti ed i risultati sono monitorati periodicamente per l'adozione di interventi correttivi, la valutazione della performance collettiva ed individuale e la rendicontazione finale.

Gli obiettivi individuati sono, come richiesto dall'art.5, co.2 del D.Lgs 150/2009:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'Azienda;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- commisurati a valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale nonché da comparazioni con amministrazioni analoghe;
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili

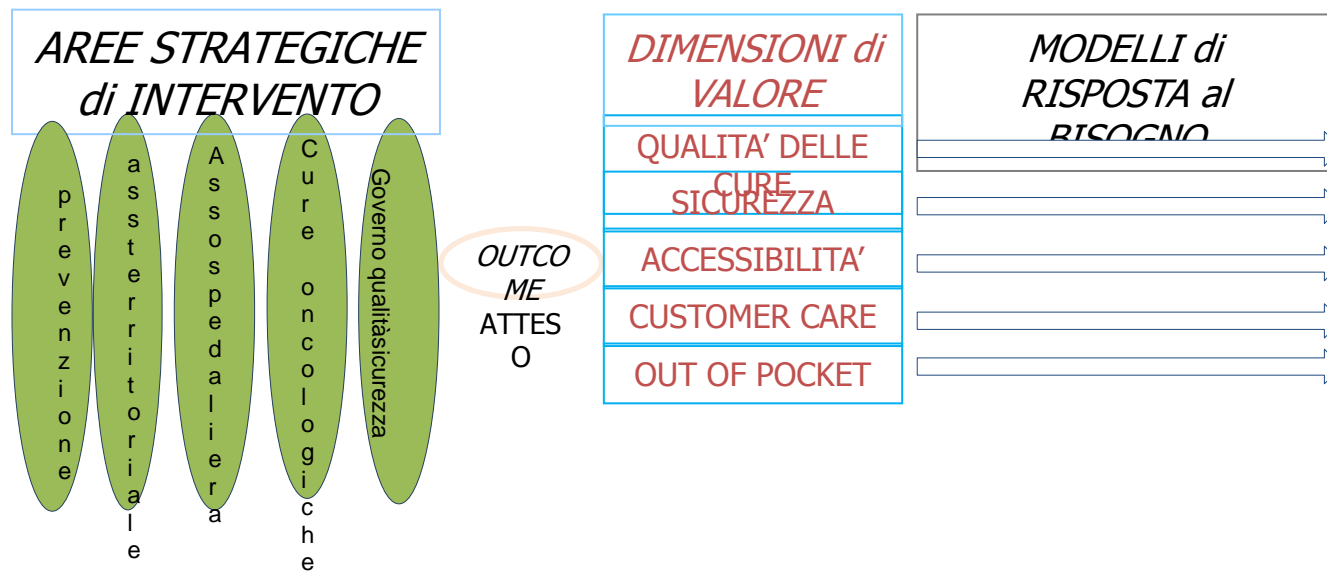
Il piano delle performance è orientato nel prossimo triennio ad:

- implementare la qualità delle cure attraverso l'adozione di strumenti adeguati quali la medicina basata sull'evidenza, la formazione e l'addestramento, i percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi, l'audit e la gestione dei rischi;
- rafforzare il processo di aziendalizzazione;
- mirare alla riconversione e alla riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- realizzare politiche del personale basate sulla responsabilizzazione dei differenti livelli dirigenziali e dei quadri del comparto tramite l'utilizzo di sistemi premianti i quali, attraverso forme di gratificazione di carattere non solo economica, possono incentivare il raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture organizzative, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore;

- realizzare una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali, in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi prioritariamente dal territorio della provincia di Chieti e, più in generale, dalla regione Abruzzo e dal resto del Paese;
- erogare nuovi modelli dei servizi basati sulla specializzazione e sull'eccellenza professionale ed organizzativa e, ancor più, orientati all'umanizzazione e alla presa in carico dell'utente, che è costantemente al centro delle nostre attenzioni;
- promuovere lo sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori, coniugando la ricerca scientifica con la sperimentazione di modelli clinico-assistenziali e organizzativi innovativi, connotati da una forte integrazione tra ospedale e territorio

Le aree strategiche (aree di bisogno di salute) sono state individuate sulla base dell'analisi delle criticità presenti in Azienda e rappresentano le aree di intervento ove sono stati definiti i **modelli di risposta al bisogno**, ossia azioni/meccanismi di sviluppo della qualità e dell'integrazione all'interno dell'Azienda finalizzate ad implementare **alcune dimensioni di valore** percepibili dagli *stakeholder*,

- Tali aree sono state rappresentate secondo il criterio dell'*outcome* atteso, specificatamente rivolto a rendere immediatamente intellegibile agli *stakeholder* la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni e aspettative;



Dall'analisi delle principali cause di morte, dei dati di mobilità passiva e da quelli di attività interna sono stati individuati i **bisogni assistenziali della popolazione**.

Per il bisogno assistenziale sono state prese in considerazione non solo le **criticità negative** ma anche le **risultanze di buona qualità di performance**, al fine di mantenerne alta l'attenzione.

Dal confronto con benchmark nazionale/regionale è stato definito il posizionamento delle nostre attività in rapporto ad indicatori omogenei e quindi individuati gli **obiettivi di performance** a loro volta declinati in azioni.

Le dimensioni presidiate sono le seguenti:

- appropriatezza clinica
- appropriatezza organizzativa
- efficienza dei processi

Per ciascuna delle dimensioni sopra riportate si individuano quali *driver* principali di cambiamento:

- 🚧 interventi sulla struttura organizzativa e sull'assetto funzionale dei servizi, a loro volta declinati in progetti specifici;
- 🚧 interventi tesi ad un recupero di fiducia dell'utenza, a loro volta declinati in interventi tesi al miglioramento della qualità dei servizi;
- 🚧 interventi volti a realizzare la massima integrazione possibile tra ospedale e territorio, a loro volta orientati verso modelli assistenziali di presa in carico globale dell'utenza e allo sviluppo di una Rete integrata di risposte ai bisogni della popolazione;
- 🚧 interventi di integrazione sociosanitaria.

Si riportano di seguito in sintesi le azioni portate a termine negli anni 2012-2013 nell'ambito del processo per il conseguimento degli obiettivi di performance:

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<p><b>MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN CONSIDERAZIONE DELLA SUA COMPLESSITA' CLINICA E DEI BISOGNI ASSISTENZIALI</b></p>	<p><b>Riorganizzazione dell'area chirurgica per intensità di cure</b></p>	<p>In seguito all'acquisizione di nuove tecnologie e nell'ambito del progetto di riorganizzazione dell'area di degenza del P.O. di Chieti, si è attivata una area chirurgica multidisciplinare. La riorganizzazione è stata finalizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• conseguire il pieno utilizzo delle tecnologie innovative ad alto costo quali la robotica,</li> <li>• assicurare le massime garanzie di sicurezza per quei pazienti provenienti da tutti i presidi dell'azienda sottoposti ad interventi di maggiore complessità,</li> <li>• evitare i ricoveri impropri in strutture ad alta intensità di cura e ad alto costo quali le rianimazioni (es paziente obesi),</li> <li>• evitare i ricoveri di pazienti instabili o a rischio di instabilità in strutture di degenza a bassa intensità di</li> </ul>	<p>Facendo seguito alla riorganizzazione dell'area chirurgica multidisciplinare nel P.O. di Chieti, dove vengono assicurate le massime garanzie di sicurezza per quei pazienti provenienti da tutti i presidi dell'azienda sottoposti ad interventi di maggiore complessità, presso la Struttura Ospedaliera di Atesa sono state messe in atto azioni per attivare il modello organizzativo-assistenziale "Week Surgery" AFO Chirurgica delle UU.OO. di Ortopedia e Chirurgia Generale (n. 30 p.l.), con i seguenti obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione della degenza ospedaliera per i pazienti con patologie di complessità medio – basse;</li> <li>• Riduzione della lista di attesa per interventi maggiori presso altre strutture ospedaliere aziendali;</li> <li>• Razionalizzazione e valorizzazione delle risorse umane;</li> <li>• Riduzione dei costi ospedalieri/alberghieri.</li> </ul>	<p>Nel 2014 nell'Area Chirurgica Multidisciplinare del PO di Chieti sono stati effettuati n. 151 interventi ad alta complessità.</p> <p>A fronte della riorganizzazione aziendale la chirurgia generale ad indirizzo oncologico nel 2014 ha eseguito 466 interventi nei presidi di Chieti e Ortona:</p> <p>PO Chieti: degenza media 6,78 gg; peso medio DRG 3,64</p> <p>PO Ortona: degenza media 3,64 gg; peso medio DRG 1,98</p>

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
		<p>cura</p> <p>I n. 11 posti letto indistinti sono riservati a ricoveri ordinari programmati. All'area possono accedere i chirurghi afferenti al dipartimento chirurgico di tutta l'azienda che prendono in carico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pazienti da sottoporre ad interventi con alte tecnologie (robotica)</li> <li>• pazienti che, in seguito ad interventi di alta complessità, necessitano di risposte polivalenti cliniche e assistenziali ad alto livello e che non trovano adeguata garanzia di assistenza nei Presidi minori(es. necessità di terapia intensiva ed alte tecnologie)</li> <li>• pazienti di UU.OO. chirurgiche del P.O. di Chieti che necessitano di alta intensità clinica-assistenziali</li> </ul> <p>L'area è a gestione infermieristica.</p>	<p>Nel mese di dicembre 2013 è stata attivata la week surgery .</p> <p>Dal 16 dicembre 2013 al 31 maggio 2014 si sono effettuati n. 171 ricoveri in week surgery e n.275 in DS.</p>	

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<b>MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN CONSIDERAZIONE DELLA SUA COMPLESSITA' CLINICA E DEI BISOGNI ASSISTENZIALI</b>	<b>Attivazione dell'area medica per intensita' di cure</b>	E' stato elaborato il progetto e sono state riunite in un'unica area le specialità mediche esistenti. Il regolamento avrà piena attuazione nel 2013.	Facendo seguito alla riorganizzazione dell'area medica nel P.O. di Chieti in un'unica area effettuata nel 2012, si è proseguiti con la riorganizzazione spostando 54 posti di geriatria di cui 20 dedicati alla lungodegenza di prossima apertura (bassa complessità) nel P.O. di Ortona con il fine di diminuire l'afflusso dei pazienti nei P.O. principali.	In tutta l'Area Medica sono state introdotte le schede MEWS e IDA per valutare la complessità clinica ed assistenziale.
	<b>Riorganizzazione del PS di Chieti a supporto del nuovo modello funzionale di ospedale per intensità di cura</b>	In fase di assegnazione di nuovi spazi (in relazione alle esigenze sopravvenute di sgombero di 2 blocchi del Presidio)	Nel P.O. di Chieti sono state attivate procedure per la selezione del paziente all'ingresso del PS per livello di intensità di cure utilizzando le schede Mews modificate ed IDA e successiva rivalutazione all'uscita per patologie internistiche. Da giugno 2013 sono stati creati percorsi dedicati per pazienti con codici verdi e bianchi in ambienti strutturalmente separati con personale dedicato. (n. 12150 codici verdi e n. 1122 codici bianchi). E' stato inoltre attivato il triage avanzato dal 1 settembre	Sono state implementate le schede per valutare la complessità clinica ed assistenziale MEWS e IDA al fine di una migliore classificazione dei pazienti all'ingresso. Il modello organizzativo di triage avanzato è entrato a regime attivo ed è stato applicato a tutti i pazienti cui l'Infermiere preposto alla prima accoglienza ha attribuito il codice giallo. Inoltre nel mese di dicembre 2014 è stato attivato il fast track oculistico che ha preso in carico

			2013.	9 pazienti
	<b>Riorganizzazione dei servizi al fine di essere di supporto al nuovo modello organizzativo dell'ospedale per acuti</b>	Riorganizzazione della rete dei laboratori in hub e spoke con riconversione dei PTA a centri prelievo	E' continuata la riorganizzazione della rete dei laboratori in hub e spoke con il laboratorio unico virtuale. Attivazione dei POCT nei presidi periferici.	E' stata attivata e conclusa la gara per il SIS unico aziendale.
<b>MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA URGENZA</b>	<b>Elaborazione procedure diagnostiche e di ricovero uniformi in tutti i PS della rete aziendale per le patologie di maggiore complessita' e frequenza</b>	<p>Rete per paziente con ictus: è stata creata una rete hub e spoke tra le neurologie dell'azienda ed i PS per il trattamento del paziente con ictus da sottoporre a trombolisi.</p> <p>Rete per paziente da sottoporre ad emodinamica: è stata creata una rete hub e spoke tra le cardiologie dell'azienda ed i PS per il trattamento del paziente da sottoporre ad emodinamica con back trasport del paziente alla struttura inviante.</p> <p>Politrauma: è stata creata una rete hub e spoke tra i presidi ed i PS dell'Azienda per il trattamento del paziente politraumatizzato</p>	<p><b>Rete per paziente con ictus:</b> è stata portata a termine la procedura amministrativa che permetterà di eseguire la trombolisi nel P.O. di Chieti al fine di migliorare l'efficienza della rete aziendale.</p> <p><b>Politrauma:</b> E' stata attivata la rete aziendale per il paziente politraumatizzato, con i seguenti obiettivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soccorso preospedaliero “evoluto” Individuazione dei centri di riferimento relativamente alla rete di ospedali accessibili in tempi ragionevolmente brevi;</li> <li>• Massimizzazione della centralizzazione primaria;</li> <li>• Organizzazione dedicata nella fase di trattamento intraospedaliero;</li> <li>• Definizione di un</li> </ul>	<p><b>Rete per paziente con ictus:</b> Nel 2014 è stata attivata nella Clinica Neurologica nel PO di Chieti la Stroke Unit che nell'ultimo semestre ha effettuato 12 trombolisi.</p> <p><b>Politrauma:</b> E' stata revisionata e implementata la Procedura aziendale sulla gestione del politrauma.</p>



			<p>percorso per i pazienti che non possono essere trattati in Azienda;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica delle attività assistenziali sia cliniche che organizzative, utilizzando la metodologia dell'Audit e verifica sistematica delle criticità attraverso l'individuazione e il monitoraggio di indicatori specifici. E' stato identificato come centro HUB per i traumi maggiori il P.O. di Chieti in quanto dotato delle specialità maggiori (cardiologia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, radiologia interventistica), come centri spoke per i traumi minori i PP.OO. di Lanciano e Vasto.</li> </ul> <p><b>Protocolli di urgenza:</b> sono stati condivisi nell'ottica dell'appropriatezza tra i laboratori ed il pronto soccorso i protocolli di urgenza per le</p>	<p><b>Protocolli di urgenza:</b> sono stati condivisi nell'ottica dell'appropriatezza tra le radiologie ed il pronto soccorso i protocolli di urgenza per le</p>
--	--	--	---	--

			principali patologie	principali patologie.
<b>POTENZIARE L'ASSISTENZA AI PAZIENTI CON BPCO AL FINE DI RIDURRE IL RISCHIO DI RIACUTIZZAZIONI E LA MORTALITA'</b>	<b>Attivazione PCO per il trattamento dei pazienti con BPCO riacutizzata</b>	E' stato elaborato un percorso aziendale per la presa in carico del paziente con BPCO riacutizzata che sarà attivata entro fine 2013.	E' stato pianificato un progetto di deospedalizzazione per pazienti con patologie croniche con predisposizione delle UCP. Il progetto è stato formalizzato in progetti ministeriali che si prefiggono la creazione di reti integrate distrettuali che organizzino l'erogazione di servizi territoriali integrati con quelli ospedalieri ai pazienti affetti da patologie croniche (Diabete, Bpco, Scompenso cardiaco.)	E' continuata la pianificazione del progetto di deospedalizzazione per pazienti con patologie croniche con predisposizione delle UCP.

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<p><b>POTENZIARE LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALE TERRITORIO PER I PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO</b></p>	<p><b>Protocollo operativo per garantire la continuità assistenziale sul territorio del paziente con scompenso cardiaco</b></p>	<p>E' stato redatto dal dipartimento cardiovascolare un protocollo per l'assistenza cardiologica ai pazienti cardiopatici cronici che prevede l'integrazione del MMG, il cardiologo e l'infermiere con il fine di ridurre l'ospedalizzazione. il protocollo dovrà essere condiviso con le altre UU.OO. che trattano la stessa patologia ed il territorio.</p>	<p>Vedi precedente</p>	<p>Nell'ambito del progetto "Modello di Gestione Integrata Scompenso Cardiaco Congestizio" sono state effettuate le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificazione dei principali indicatori clinici (segni obiettivi e sintomi soggettivi) caratterizzati da: facilità di rilevazione, riproducibilità, bassa variabilità intra-osservatore, elevato valore predittivo positivo di riacutizzazione</li> <li>- identificazione dei principali indicatori laboratoristici caratterizzati da: facilità di rilevazione, riproducibilità, bassa variabilità intra-operatore ed inter-operatore (presidi differenti), elevato valore predittivo positivo di riacutizzazione.</li> <li>- identificazione per ogni presidio ospedaliero o distretto territoriale, delle postazioni mediche dove lo</li> </ul>

				<p>specialista effettuerà, una volta partita la fase operativa, la valutazione dei pazienti per decidere se potrà essere gestito ancora sul territorio, regolando la terapia, oppure se richieda ospedalizzazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificazione per ogni presidio ospedaliero o distretto territoriale, dei potenziali specialisti che effettueranno, una volta partita la fase operativa, la valutazione dei pazienti per decidere se esso potrà essere gestito ancora sul territorio, regolando la terapia, oppure se richieda ospedalizzazione.</li> <li>- realizzazione di una scheda raccolta dati centralizzata per permettere una reportistica puntuale dei risultati raggiunti e dell'efficacia del nuovo strumento messo in atto.</li> </ul>
--	--	--	--	---

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<b>MIGLIORARE L'ACCESSIBILITA' AI PAZIENTI PER LA SOLUZIONE DEL PROBLEMA ACUTO IMA ATTRAVERSO LA PTCA</b>	<b>Miglioramento offerta aziendale per il trattamento dei pazienti con IMA</b>	<b>Rete per paziente da sottoporre ad emodinamica:</b> è stata creata una rete hub e spoke tra le cardiologie dell'azienda ed i PS per il trattamento del paziente da sottoporre ad emodinamica con back trasport del paziente alla struttura inviante.	Al fine di migliorare l'offerta aziendale ai pazienti con IMA, sono stati fatti accordi tra UU.OO del dipartimento cardiovascolare per utilizzare i posti letto liberi per pazienti che devono eseguire angioplastica e coronarografia.	Nel corso del 2014 è stato realizzato un protocollo per definire i criteri di accesso all'UTIC e definire le modalità operative per il trasporto dei pazienti dai poli SPOKE all'HUB, sono state eseguite 149 procedure di angioplastica/coronarografia.
	<b>Riorganizzazione emodinamica in nuovo edificio</b>	Il nuovo edificio è in fase di collaudo. Il trasferimento è previsto nel I semestre 2014.	E' in fase di collaudo il nuovo edificio.	E' in fase di collaudo il nuovo edificio dove verranno trasferite le UU.OO. del Dipartimento Cuore comprensive di emodinamica.
<b>RALLENTARE LA CRONICIZZAZIONE DELLA PATOLOGIA RENALE</b>	<b>Presa in carico da parte dell'ospedale (regime ambulatoriale o ricovero) del malato nefropatico cronico</b>	E' stato elaborato ed attivato un protocollo condiviso tra le nefrologie aziendali ed i servizi per la presa in carico del paziente nefropatico cronico.	I protocolli sono in fase di revisione in ottica multidisciplinare con il chirurgo vascolare, il radiologo ed il medico di medicina di laboratorio.	Nel 2014 è stato creato un registro dei pazienti ambulatoriali nefropatici cronici, per poter intercettare i casi di severa insufficienza renale (clearance creatinina < 15 ml/min) al fine di realizzare un ambulatorio di predialisi e poter applicare il protocollo multidisciplinare condiviso.
	<b>Individuazione precoce dei pazienti candidati a</b>	E' stato attivato un protocollo condiviso tra le nefrologie	Il protocollo è in fase di	Nel 2014 sono stati inseriti in lista d'attesa tutti i pazienti

	<b>trapianto e gestione dei trapiantati</b>	dall'azienda ed i servizi per l'individuazione precoce dei pazienti candidati a trapianto renale	revisione.	potenzialmente idonei al trapianto e sono stati organizzati colloqui con pazienti e familiari sulla possibilità del trapianto da donatore vivente.
--	---	--	------------	--

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<b>RIORGANIZZARE LA RETE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER SPECIALITA' AI FINI DELLA RIDUZIONE PRESTAZIONI INAPPROPRIATE E DELLA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA</b>	<b>Attivazione di modalità di accesso differenziate (attivazioni delle classi di priorità) per le specialistiche programmabili e per le urgenze</b>	<p>Sono stati organizzati incontri con i Direttori Medici di Presidio, i Responsabili dei Distretti e gli Specialisti Ospedalieri e Territoriali per condividere i criteri delle delibere regionali e stabilire le modalità di erogazione delle prestazioni in classi di priorità "U" urgente (entro 72 ore), "B" breve (entro 10 giorni) e "D" differita (30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni diagnostiche).</p> <p>Ad oggi, sono configurate 502 agende con classi di priorità attivate, i posti in classe di priorità disponibili settimanalmente sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 250 posti in urgenza</li> <li>• 737 in breve</li> <li>• 640 in differita</li> </ul> <p>per un totale di 1627 posti</p>	<p>A settembre 2013 i posti disponibili mensilmente in classe di priorità "U" urgente (entro 72 ore), "B" breve (entro 10 giorni) e "D" differita (30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni diagnostiche).</p> <p>sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1000 in urgenza</li> <li>• 2976 in breve</li> <li>• 2564 in differita</li> </ul> <p>Nel 2013 sono state erogate n. 12255 visite (breve) n. 1326 (urgente), n. 3341 (differita).</p> <p>E' in atto un monitoraggio per l'appropriatezza delle richieste. Sono state analizzate n. 5171 di cui 2344 prescritte dai MMG (1489 sono risultate appropriate) e 2827 prescritte da specialisti ambulatoriali (1832 risultano appropriate).</p>	<p>Nel corso del 2014 i posti disponibili in classe di priorità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "U" urgente (entro 72 ore) sono stati 13104,</li> <li>- "B" breve (entro 10 giorni) 48528,</li> <li>- "D" differita (30 giorni) per le visite 40944.</li> </ul> <p>Il numero visite e prestazioni strumentali erogate è stato pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• U (urgente) 2212</li> <li>• B (breve) 15087</li> <li>• D (differita) 7033</li> </ul> <p>Richieste erogate in classi di priorità e prescritte da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MMG 17811</li> <li>- Specialisti 1053</li> <li>- n.d. 5468</li> </ul>
	<b>Separazione delle agende di prenotazione,</b>	<p>Ad oggi, sono configurate 176 agende per il CUP di II livello. E' stato attivato il servizio di</p>	<p>E' stata implementata la copertura territoriale dei punti CUP che a dicembre 2013 risultano essere 21</p>	

	<b>delle prime visite dai controlli, follow up, monitoraggio di abbandono e disdette</b>	recall e sono stati recuperati 3080 posti nel 2012.	con 53 sportelli attivi e 13 postazioni call center. E' stato attivato il servizio di recall per le prestazioni più critiche (mammografie) e sono stati recuperati 3456 su 58856 nel 2013. E' stato attivato un punto CUP nuovo.	
<b>ASSISTENZA RIABILITATIVA PRECOCE PER IL RECUPERO FUNZIONALE POST ICTUS A TUTTI I PAZIENTI DELL'AZIENDA</b>	<b>Miglioramento rete territoriale per la riabilitazione precoce dei pazienti con ictus</b>	Sono stati attivati posti letto di riabilitazione neurologica, nell'ambito del reparto di riabilitazione presso il P.O. di Atessa.	Nel 2013 il reparto di riabilitazione neurologica del P.O. di Atessa ha dimesso 97 pazienti.	Nel 2014 i pazienti dimessi per ictus cerebrale dal reparto di riabilitazione neurologica del P.O. di Atessa sono stati 115.
<b>RECUPERO FUNZIONALE POST FRATTURA DI FEMORE</b>	<b>Realizzazione di percorso clinico organizzativo per il trattamento della frattura di femore</b>	Sono stati condivise tra PS e Ortopedia le modalità di intervento in caso di paziente con frattura di femore per sottoporre il paziente ad intervento entro 48 ore. Il percorso è in fase di ultimazione.	E' stato attivato il percorso per la preparazione del paziente con frattura di femore già in pronto soccorso per accorciare i tempi di attesa al fine di sottoporre il paziente ad intervento.	Implementazione percorso.
	<b>Potenziamento della rete aziendale di strutture per riabilitazione</b>	Attivazione di n. 20 posti letto di riabilitazione ortopedica, neurologia, cardiologica presso il P.O. di Atessa.	Nel 2013 il reparto di riabilitazione ortopedica del P.O. di Atessa ha dimesso 256 pazienti.	Nel 2014 i pazienti dimessi per fratture di collo femore dal reparto di riabilitazione neurologica del P.O. di Atessa sono stati 224.



<b>OBIETTIVO DI PERFORMANCE</b>	<b>AZIONI</b>	<b>AZIONI EFFETTUATE NEL 2012</b>	<b>AZIONI EFFETTUATE NEL 2013</b>	<b>AZIONI EFFETTUATE NEL 2014</b>
<b>AMPLIAMENTO DEI SERVIZI IN FIVET</b>	<b>Diminuzione liste di attesa per sottoporsi alla FIVET</b>	<p>Il centro PMA dell'ASL 02 (POOrtona) è l'unico centro pubblico abruzzese dove vengono eseguite tecniche PMA di fertilizzazione in vitro (FIVET/ICSI). Ad esso afferiscono non solo coppie abruzzesi ma anche coppie provenienti da regioni limitrofe all'abruzzo (Lazio, Marche, Puglia, e Molise). Nel 2012 sono state eseguite presso il centro PMA di Ortona 731 procedure di fertilizzazione in vitro (FIVET/ICSI) con 145 coppie provenienti da altre regioni con un aumento del 100% rispetto al 2011 (328 FIVET/ICSI eseguite nel centro di Chieti).I pazienti afferiscono al centro mediante prenotazione cup con tempi medi per la prima visita di circa 4 mesi. Il tempo di attesa medio per eseguire la tecnica di FIVET/ICSI (dalla data della prima visita) è di circa 6 mesi. Nel 2011 le liste d'attesa sono</p>	<p>Nel 2013 sono state eseguite 583 day surgery per FIVET e 330 inseminazioni intrauterine.</p>	<p>Nel 2014 sono stati eseguiti 330 day surgery per FIVET, 190 inseminazioni intrauterine e 9 cicli su ovociti congelati.</p>

		state di 18 mesi.		
	<b>Valutare il grado di soddisfazione delle coppie in trattamento FIVET</b>	E' stato elaborato il questionario da somministrare entro il 2013 con cadenza annuale	La somministrazione del questionario è stata rimandata.	Nel corso del 2014 sono stati somministrati i questionari a campioni di pazienti.

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<b>MIGLIORARE LA SICUREZZA NEL PERCORSO NASCITA</b>	<b>Realizzazione di un PCO vita per la gestione a 360° della gravidanza</b>	Sono stati attivati i corsi per la preparazione al parto da implementare entro fine 2013	A livello aziendale sono stati implementati i corsi di accompagnamento alla nascita. Mensilmente sono prese in carico una media di 150 donne.	Nel corso del 2014 presso il Punto Nascita di Chieti sono stati effettuati 160 corsi pre-parto (ogni corso è formato da otto incontri e dura circa due mesi). Da giugno 2014 c'è stata un'ulteriore implementazione del percorso attivando presso il Punto Nascita di Chieti degli incontri mensili per la nascita (il mercoledì). A questi incontri sono state invitate le coppie che hanno scelto la struttura di Chieti per il parto. Per l'incontro di circa due ore, sono state coinvolte le seguenti figure: Ostetrica, Ginecologico e Anestesista. Sono state offerte informazioni in merito al parto in analgesia e ai percorsi assistenziali della nascita. Agli incontri mensili (n° 6) hanno partecipato in totale 250 donne.
	<b>Partoanalgesia</b>	Nel 2012 è stato redatto il regolamento, la documentazione clinica specifica da inserire nella cartella clinica ed il questionario di soddisfazione. Da gennaio	Nel 2013 sono state effettuate 513 visite anestesologiche con colloqui informativi a donne candidate alla partoanalgesia. Di queste, 261 hanno partorito in	Nel 2014 sono state effettuate 334 Partoanalgesie a seguito di 726 richieste di gravide visitate nell'Ambulatorio dedicato all'Ostetricia e Ginecologia. Delle

		2013 è stata attivata la partoanalgesia .	parto analgesia.	334 PA praticate su pazienti trattate in sala parto, 290 sono state visitate in Ambulatorio; l'86,8% delle pazienti visitate ha ricevuto la prestazione PA.
	<b>Riduzione tagli cesarei</b>	<p>I dati riferiti ai cesarei nel 2011 hanno evidenziato tassi più elevati rispetto alla media nazionale ( azienda: 45,53%, Chieti: 48,65%, Lanciano: 38,78%, Vasto: 42,93%, Ortona: 51,22%).I risultati per il 2012 sono stati: azienda 42% Chieti: 46%, Lanciano: 34%, Vasto: 38%, Ortona: 48%.</p> <p>La percentuale si abbassa ulteriormente se la calcoliamo sulle prime gravidanze: ad es. i dati di Chieti riferiti al periodo Gennaio- Agosto 2012 sono: n 441 parti totali di cui 194 cesarei pari al 44,0% Settembre - Dicembre 2012 n.276 parti totali di cui 96 cesarei pari al 34,8%</p>	I dati riferiti ai cesarei nel 2013 hanno evidenziato che, seppur tendenzialmente in diminuzione rispetto al 2012 permangono tassi più elevati rispetto alla media nazionale. Azienda: 39%, Chieti: 45% Lanciano: 35%, Vasto: 30%, Ortona: 40%.	I dati riferiti ai cesarei nel 2014 hanno evidenziato di essere tendenzialmente in diminuzione rispetto al 2013: Azienda: 38%, Chieti: 42% Lanciano: 35%, Vasto: 34%, Ortona: 35%.
	<b>Ricoveri appropriati per livello di punto nascita</b>	E' stato realizzato un protocollo a valenza aziendale. Da attivare entro il 2013	Il protocollo è in fase di attuazione.	Il protocollo risulta operativo.
	<b>Trasporto assistito materno neonatale</b>	E' stato realizzato un protocollo a valenza aziendale. Da attivare entro il 2013	Rimandata l'attivazione per carenza di risorse umane.	Rimandata l'attivazione per carenza di risorse umane.

	<b>Prevenzione tromboembolismo venoso</b>	E' stato realizzato un protocollo a valenza aziendale. Da attivare entro il 2013	Attivato il protocollo.	Attuazione protocollo.
	<b>Prevenzione emorragia post partum</b>	E' stato realizzato un protocollo a valenza aziendale. da attivare entro il 2013	Attivato il protocollo.	Attuazione protocollo.

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<b>MIGLIORAMENTO CURE PEDIATRICHE</b>	<b>Attivazione del fascicolo sanitario per continuita'assistenziale ospedale territorio</b>	<p>Nel mese di dicembre 2012 è stato attivato il fascicolo sanitario per i nati nel P.O. di Chieti. Il fascicolo viene alimentato dai pediatri ospedalieri ed ambulatoriali. Nei prossimi mesi sarà esteso ai bambini di tutta l'azienda.</p>	<p>Dall'aprile 2013 è in atto l'utilizzo esclusivo del portale Sanità Amica per la compilazione della cartella clinica sia dal profilo medico che da quello infermieristico, con produzione di lettera di dimissione, dal portale, per tutti i bambini ricoverati in regime ordinario. E' stata attivata la "gestione della terapia farmacologica" e la gestione delle consulenze. Da maggio 2013 avviene la compilazione SDO esclusivamente dal portale. Il fascicolo è stato esteso alla Patologia neonatale ed alle Pediatrie Nido di Ortona e Lanciano.</p> <p>Avviato l'utilizzo del braccialetto elettronico identificativo, per la somministrazione della terapia ai pazienti ricoverati presso la Clinica Pediatrica di Chieti. Nel 2013 sono stati attivati 2038 fascicolo sanitari.</p>	<p>Dal 2014 sono state apportate ulteriori migliorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "gestione della terapia farmacologica", con l'aggiunta di uno schema riassuntivo di terapia prescritta e somministrata (FUT).</li> <li>- Inserimento delle scale di valutazione del dolore e ulteriori migliorie nella cartella infermieristica.</li> <li>- utilizzo della funzione "Richiesta di esami radiologici" per le richieste di tutti gli esami radiologici in regime ordinario direttamente tramite il portale.</li> </ul> <p>Inoltre è previsto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'avvio della funzione "consulenze", per la richiesta di consulenza ai vari specialisti e per la refertazione di consulenze richieste dal Pronto soccorso sempre tramite il</li> </ul>

				<p>portale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'inserimento dei pazienti ricoverati in OBI pediatrica, con l'utilizzo per questi ultimi della cartella informatizzata.</li> </ul> <p>Si è passati inoltre all'invio telematico delle SDO agli uffici competenti da parte di tutte UU.OO. aziendali.</p>
	<b>Attivazione di posti letto ad alta intensità per la cura dei pazienti pediatrici critici</b>	Da attivare entro il 2013.	Obiettivo rimandato al 2014.	Nel 2014 sono stati acquistati i letti monitorizzati e dei monitor per la cura dei pazienti pediatrici critici.
	<b>Attivazione di percorsi di cura per i bambini oncologici</b>	Sono stati realizzati protocolli a valenza aziendale per bambini oncologici.	In attesa di concorso per personale dedicato.	Nel 2014 sono iniziati i lavori di ristrutturazione per l'ambulatorio/day hospital di Oncoematologia Pediatrica nei locali al VII livello corpo E dell'Ospedale di Chieti.
	<b>Attivazione di percorsi di cura per i bambini affetti da malattia croniche gastroenteriche</b>	Sono stati realizzati protocolli a valenza aziendale.	I protocolli sono stati attivati ed è stata individuata una responsabile.	Nell'anno 2014 l'Ambulatorio di Gastroenterologia pediatrica: ha effettuato circa 145 visite con accesso tramite CUP per le patologie Gastroenterologiche pediatriche Sono in funzione il Day Service per la gestione dei Celiaci già diagnosticati, dolori addominali ricorrenti, RGE, gastrite da HP, ipertransaminasemia, diagnosi di

				nuovi casi di celiachia, stipsi ecc e il Day Hospital per esecuzione di EGDS nei piccoli pazienti che richiedano monitoraggio cardio- polmonare
--	--	--	--	---



OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<p><b>POTENZIAMENTO DEGLI SCREENING SOTTODIMENSIONATI</b></p>	<p><b>Riorganizzazione delle attività di screening mammario, colon retto</b></p>	<p>Gli screening della mammella e del colon erano stati sospesi nel 2011. lo screening della mammella è stato riattivato nel mese di aprile nel P.O. di Chieti e nei mesi di settembre nei PP.OO. di Vasto, Lanciano, Ortona. Nel 2012 sono stati effettuati 4286 inviti con un'adesione di 2144 persone per una percentuale del 50%. Lo screening del colon è stato riorganizzato nel 2012 e le prime convocazioni sono partite a dicembre . Lo screening della cervice uterina nel 2011 ha avuto un'adesione del 34%. Nel 2012 sono stati effettuati 37015 inviti pari al 100,3% della popolazione (alcuni inviti del 2013 anticipati) con 14430 adesioni pari ad una percentuale del 46,3%. Copertura anno 2012: 39%</p>	<p>Per lo screening della mammella nel 2013 sono stati effettuati 12000 inviti con un'adesione di 6182 persone . Per lo screening del colon nel 2013 sono stati inviati n. 13250 inviti con un'aderenza del 16,47%. Si stanno implementando azioni per incrementare l'aderenza. Per lo screening della cervice uterina : da gennaio a dicembre 2013 =&gt; <math>15.835/34.548 = 45,8 \%</math> (numero di persone in età target che eseguono il test di screening per cervice uterina/ donne residenti(25-64)/3 (DATO ISTAT) – escluse per isterectomia.</p>	<p>Per lo screening della mammella nel 2014 sono stati eseguiti 12558 test per una popolazione target di 25160 persone. La copertura di screening è stata del 50%. Sono stati inviati 31300 inviti con un'aderenza del 40,12%. Per lo screening della cervice uterina, la copertura di screening è stata del 50,04% (Obiettivo PNP: incremento copertura aa. 2014 e pari al 50% della popolazione target). C'è stata un'estensione degli inviti pari al 100%. Si è inoltre provveduto alla definitiva stesura e successiva approvazione Regionale delle Nuove Linee Guida dello Screening del cervico carcinoma con Del. Commissariale N° 150 dello 09/12/2014. Il totale degli esami di screening è stato pari a 19.947. Per lo screening del colon retto sono stati effettuati 31100 inviti</p>

				per una popolazione target per round di 102312 persone. Sono stati eseguiti 6700 esami di screening. La copertura d'invito è stata del 60.79 %. La percentuale di adesione riscontrata è stata pari al 21.54%. Presso l'ambulatorio di Ortona sono state inoltre eseguite 375 colonscopie.
	<p><b>Attivazione dell'unità senologica di radiologia per la gestione centralizzata della prevenzione del carcinoma della mammella attraverso lo screening e la partecipazione al GICO</b></p>	<p>Nel P.O. di Ortona è stata attivata l'unità senologica con radiologi dedicati. Sono stati refertati 2144 esami da Aprile 2012 (data di attivazione) a Marzo 2013. I radiologi partecipano alla discussione dei casi oncologici nel GICO (Gruppo interdisciplinare Cure Oncologiche).</p>	<p>E' stata implementata l'attività dell'Unità senologia : sono stati refertati n. 6785 esami . I radiologi partecipano alla discussione dei casi oncologici nel GICO (Gruppo interdisciplinare Cure Oncologiche).</p>	<p>Nel 2014 per le donne con K mammella, sono state eseguite presso la Radiologia Senologica di Ortona 6750 mammografie di cui 4021 mammografie di screening, 1551 esami di II° livello (mammografie ed ecografie), 38 agoaspirati mammari, 149 biopsie ecoguidate, 67 mammotome, 57 rx frustoli e 8 galattografie. I radiologi partecipano alla discussione pre e post operatoria dei casi oncologici nel GICO (Gruppo interdisciplinare Cure Oncologiche).</p>

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<b>MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE CURE PER I PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE MALIGNI</b>	<b>Attivazione percorsi facilitati con classi di priorit� per la diagnosi certa in pazienti con forte sospetto di patologia neoplastica maligna</b>	Sono stati riservati posti per i pazienti che entrano nei percorsi clinico organizzativi per i tumori della mammella, prostata, colon, polmone.	Sono stati riservati posti per i pazienti che entrano nei percorsi clinico organizzativi per i tumori della mammella, prostata, colon, polmone.	E' stata attivata una procedura per la prenotazione delle prestazioni radiologiche per i pazienti che entrano nei percorsi clinico organizzativi per i tumori della mammella, prostata, colon-retto e polmone. Per le pazienti con K mammella gli esami vengono prenotati dalle case manager attraverso un sistema informatizzato. Il numero totale di esami TAC eseguiti per i pazienti discussi al GICO (Gruppo interdisciplinare cure oncologiche) � stato pari a 142, mentre il numero totale di esami ecografici eseguiti � stato pari a 30.
	<b>Trattamento chirurgico del paziente entro 30 gg dalla diagnosi: aumento disponibilit� sala operatoria con riorganizzazione day surgery e week surgery negli ospedali spoke</b>	Sono state riorganizzate le attivit� di DS e week surgery negli ospedali spoke di Atesa e Ortona per aumentare la disponibilit� delle sale operatorie negli ospedali Hub e per permettere di accorciare i tempi di attesa. Nel II semestre del 2012 sono stati trasferiti presso il	Nel P.O. di Chieti � stata attivata la preospedalizzazione centralizzata. I tempi di attesa per le principali patologie oncologiche sono : Ca mammella: 65 % entro 45 gg. Prostata 80% entro 45 giorni Colon retto 70% entro 45 gg. Ca Polmone 80% entro 30 gg.	Presso il PO di Chieti � stato attivato il registro operatorio informatizzato che ha permesso una maggiore tracciabilit� di tutti gli interventi chirurgici eseguiti. E' in via di implementazione il registro di prenotazione per ricovero programmato per una pi� appropriata gestione delle

		<p>P.O. di Ortona 155 interventi di DS. Nel P.O. di Atessa sono stati effettuati 485 interventi in DS, 186 in week surgery e 534 in ambulatoriale. Sono monitorati i tempi di attesa per le patologie neoplastiche dei pazienti che entrano nei percorsi clinico organizzativi per i tumori della mammella, prostata, colon, polmone. Nel 2011 i tempi di attesa medi erano di 50-60 gg. Nel 2012 il 55% delle pazienti prese in carico con ca della mammella ed il 93% dei pazienti con ca della prostata è stato operato entro 30gg. Nel 2013 sono stati attivati i percorsi sul ca colon e polmone. Nei primi 4 mesi l'80% dei pazienti con Ca colon e l'86% dei pazienti con Ca polmone sono stati operati entro 40gg</p>		<p>liste di attesa chirurgiche.</p>
	<p><b>Miglioramento dell'offerta per i pazienti affetti dai carcinomi più aggressivi</b></p>	<p>Acquisizione di tecnologia robotica per interventi chirurgici ed aumento della complessità dei drg. Nel 2012 ci sono stati 1098 dimessi dal dipartimento chirurgico di cui 488 pazienti provenienti da fuori asl e fuori regione. Il peso medio dei drg è</p>	<p>Nel 2013 sono stati eseguiti 39 interventi per chirurgia pancreatica ponendo la chirurgia generale ad indirizzo oncologico nel novero dei centri al alto volume per la chirurgia pancreatica (High volume center). La degenza media</p>	<p>Nel 2014 è stato introdotto l'utilizzo del robot nella chirurgia toracica e ginecologica oltre che addominale e urologica.</p> <p>Sono aumentati il N° dei pazienti con tumore trattati con questa tecnologia.</p>

		stato di 1,46 con n. 132 casi con peso medio tra 1,5 e 2 e n 390 casi con peso medio >2.	postoperatoria (8 gg), le complicanze (mortalità 0%, morbidità 12,5%) rispettano le medie internazionali.	
--	--	--	---	--

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<b>MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE CURE PER I PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE MALIGNI</b>	<b>Realizzazione di PCO per colon-retto e polmone</b>	Sono stati realizzati percorsi clinico organizzativi sia per il carcinoma del colon retto che per il carcinoma del polmone.	E' stato attivato il percorso per il Ca polmone. Dal 2013 n. 113 casi sono stati valutati dal Gruppo interdisciplinare delle cure oncologiche (GICO). E' stato attivato il percorso per il Ca retto. Nel 2013 n. 226 casi sono stati valutati dal Gruppo interdisciplinare delle cure oncologiche (GICO).	Durante il 2014 sono stati discussi dal Gruppo interdisciplinare delle cure oncologiche (GICO) 124 pazienti per K Polmone (di cui 30 chirurgici). Sono stati inoltre discussi dal Gruppo interdisciplinare delle cure oncologiche (GICO) e circa 300 pazienti per K Colon-Retto.
	<b>Potenziamento delle analisi di biologia molecolare volte all'individuazione di mutazioni genetiche sui tessuti neoplastici per la definizione di terapie target</b>	Da attivare entro fine 2013	Da rivalutare in ottica di spending review.	Nel corso del 2014 si è verificato un potenziamento delle attività di analisi di biologia molecolare con un incremento del numero delle analisi effettuate e l'acquisto di apparecchiature ad alta tecnologia.
	<b>Attivazione image guided rad therapy tac-pet e radiotx per cancro polmone</b>	E' stata espletata la procedura di gara	E' stata attivata la PET e nel 2013 sono state eseguite 555 prestazioni.	Nel 2014 sono state eseguite 732 prestazioni.
	<b>Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati attraverso l'implementazione della raccomandazione ministeriale</b>	E' stato elaborato e condiviso un protocollo tra oncologi e odontoiatri	E' stato attivato il protocollo redatto nel 2012 dagli oncologi e odontoiatri dell'azienda. I pazienti che iniziano le terapie oncologiche vengono inseriti	Attuazione della procedura prevista per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati. Tutti i pazienti che

	<b>n. 10</b>		nel percorso.	hanno iniziato tali farmaci e.v. sono stati inseriti nel percorso.
	<b>Miglioramento offerta sul territorio per i pazienti che necessitano di cure palliative</b>	Nel 2011 il tasso di posti letto Hospice era del 0.45/10000 contro una media nazionale del 0.6/10000. Nel 2012 è stato inaugurato l'Hospice di Torrecchia con 20 posti letto che si aggiungono ai 20 pl dell'Hospice di Lanciano.	E' stato attivato un posto letto pediatrico ed è stata implementata l'attività territoriale. Sono stati assistiti 542 pazienti con le cure palliative a domicilio e/o in hospice. Il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore sono state 16215. Il 98 % dei malati è stato preso in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione. Il 97% è stato ricoverato in Hospice entro 3 giorni dalla segnalazione .	Nel 2014 sono stati attivati n.12 posti letto di Hospice nella struttura di Lanciano e n.8 posti letto nella struttura di Torrecchia Teatina. Sono stati assistiti 769 pazienti con le cure palliative a domicilio e/o in hospice. Il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore è stato di 33.401. Il 98 % dei malati è stato preso in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione. Il 90% è stato ricoverato in Hospice entro 3 giorni dalla segnalazione.
	<b>Ampliamento presa in carico del paziente oncologico in fase terminale</b>	In fase di riorganizzazione rete per Adi. Sono stati elaborati protocolli di presa in carico per gli Hospice.	Redatte ed attivate procedure con le oncologie aziendali per la presa in carico del paziente.	Recepimento PDT regionale per il trattamento del dolore nel paziente oncologico. Si è registrato un incremento del numero dei pazienti presi in carico dalla Rete Cure Palliative Domiciliari.

	<p><b>Certificazione Eusoma per la breast unit</b></p>	<p>E' stata effettuata una autovalutazione utilizzando le check list Eusoma. Attivato il processo di certificazione da completare nei prossimi anni.</p>	<p>E' stato deliberato il Breast Center aziendale con sede principale ad Ortona ed è stata richiesta la certificazione EUSOMA. E' stato validato il database. Si è in attesa della visita di certificazione.</p>	<p>Il Breast Center (Centro Senologico Specialistico ASL Lanciano-Vasto-Chieti) ha richiesto la Certificazione Eusoma nel mese di Aprile 2014 , la visita di audit si è svolta il 5 e 6 Novembre 2014. Ha ottenuto la certificazione Eusoma N° 1017/00 il 25/02/2015.</p>
--	--	--	--	---



OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<b>AMPLIARE L'OFFERTA DI CURE PER LE CLASSI SOCIALMENTE DEBOLI (SPECIAL NEEDS)</b>	<b>Realizzazione di PCO per la presa in carico dei pazienti con patologie genetiche ed in particolare con la Sindrome di Down</b>	Nel 2012 circa 80 bambini diversamente abili sono stati presi in carico da un odontoiatra dedicato .I bambini sono stati sottoposti a controlli ciclici bimestrali.	Nel 2013 sono continuati i controlli con odontoiatra dedicato.	Nel 2014 sono continuati i controlli con odontoiatra dedicato.
	<b>Potenziare l'approccio multidisciplinare per il trattamento odontoiatrico degli special needs (pazienti con disabilita' psichica e fisica) attraverso un protocollo condiviso con anestesisti</b>	Da elaborare entro il 2013	Rimandato al 2014.	Impossibilità di avviare la procedura specifica relativa allo sviluppo di un'odontoiatria speciale rivolta a pazienti diversamente abili con la collaborazione dell'anestesista per mancata idoneità dei locali allo smaltimento dei gas anestetici dispersi negli ambienti, sia per un eccessivo costo delle apparecchiature necessarie allo scopo. Nel corso del 2014 sono state comunque eseguite 297 visite e 203 prestazioni per un totale di 500 prestazioni sempre senza uso di anestesia generale. Gli appuntamenti per i diversamente abili vengono dati in modo diretto senza entrare nelle liste di attesa del CUP.

<b>RITIRO REFERTI ANALISI ON LINE</b>	<b>Potenziare il sistema informatico al fine del ritiro dei referti analisi on line</b>	In fase di aggiudicazione nuova gara informatica per mettere in rete tutti i laboratori della azienda.	Aggiudicata nuova gara per sistema informatico per LUL.	Nel 2014 è stato attivato il nuovo sistema informatico per LUL.
<b>PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA DONAZIONE DI SANGUE E ORGANI</b>	<b>Formazione del personale aziendale sull'importanza delle donazioni e la corretta informazione al paziente</b>	Nel 2012 sono stati organizzati incontri di formazione per gli operatori sanitari per la donazione degli organi a Chieti, Lanciano e Vasto.	Nel 2013 sono stati organizzati incontri di formazione per gli operatori sanitari per la donazione degli organi a Chieti, Lanciano e Vasto.	Nel 2014 sono continuati gli incontri di formazione per gli operatori sanitari per la donazione degli organi a Chieti, Lanciano e Vasto.
	<b>Organizzazione di campagne di sensibilizzazione sulla donazione di sangue e organi</b>	Nel corso di tutto il 2012 sono stati organizzati incontri per sensibilizzare la popolazione e gli studenti sulla donazione del sangue.	Nel corso di tutto il 2013 sono stati organizzati incontri per sensibilizzare la popolazione e gli studenti sulla donazione del sangue.	Nel corso di tutto il 2014 sono stati organizzati incontri per sensibilizzare la popolazione e gli studenti sulla donazione del sangue.

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<b>MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI FRAGILI E DEI LORO FAMILIARI</b>	<b>Ottimizzare la gestione di pazienti gravi garantendo una gestione multidisciplinare del paziente con il trasferimento dell'SPDC all'interno del policlinico di Chieti</b>	Procrastinato in seguito alle esigenze sopravvenute di sgombero dei 2 blocchi del Presidio di Chieti.	Procrastinato in seguito alle esigenze sopravvenute di sgombero dei 2 blocchi del Presidio di Chieti.	Programmato il trasferimento dell'OBI psichiatrico presso il PO di Chieti.
	<b>Ottimizzare la gestione del paziente con doppia diagnosi</b>	E' stato attivato un protocollo per la "presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi" condiviso dai servizi per le dipendenze e dei CSM con annesso percorso organizzativo, per la gestione dei pazienti a doppia diagnosi. Il protocollo si prefigge l'obiettivo di superare le criticità legate ad un trattamento separato della doppia diagnosi: errori diagnostici, equivoci terapeutici, incongruenze di intervento ed agli interventi che si ripercuotono negativamente sull'utenza, spesso rimpallata tra i servizi.	Il protocollo è attivo.	Nell'anno 2014 sono stati individuati N° 18 Pazienti per i quali sono stati attuati interventi congiunti tra Centro di salute Mentale e SERT di riferimento.

	<p><b>Supportare la famiglia per la gestione del paziente affetto da demenza</b></p>	<p>Da attivare nel prossimo biennio</p>	<p>Nel 2013 nel Presidio di Ortona il personale del dipartimento della salute ha attivato colloqui informativi con i familiari dei pazienti affetti da demenza.</p>	<p>E' stato attivato in collaborazione con l'Ente d'Ambito Sociale n.28 'Ortonese', il Distretto Sanitario e il Centro di Salute Mentale di Ortona il primo Alzheimer Caffè', un servizio innovativo a supporto dei paziente e della rete familiare. Si tratta di un luogo di socializzazione e condivisione sia per il malato sia per il familiare al fine di coinvolgerli e di affrontare insieme il percorso. L'attività dell'Alzheimer Caffè' ha previsto una serie di incontri informativi, introdotti da un esperto (medico, psicologo, assistente sociale) in cui sono stati affrontati i diversi aspetti cognitivi, emotivi e sociali della malattia, con un momento conviviale di incontro con musica e caffè' e dibattiti aperto sulle tematiche trattate. Il servizio prevede anche attività' di laboratorio per allenare quelle funzionalità che lentamente vengono intaccate dalla patologia, laboratori musicali, di arti figurative, di tessitura, cucito e poesia, i pazienti vengono accompagnati dal servizio di</p>
--	--	---	---	--

				<p>trasporto dell'Eas per alleviare l'assistente da ulteriori carichi. Nell'anno 2014 i pazienti afferenti all' Ambulatorio sono stati 400 e alla globalita' dei caregiver degli stessi e' stata data possibilita' quando necessario di supporto psicologico e psicoeducativo tramite colloqui psicologici e medici. Sono stati effettuati interventi strutturati psicoeducazionali e di sostegno a favore di 15 familiari di pazienti affetti da demenza di grado moderato lieve, in maniera strutturata, tramite Caffè Alzheimer.</p>
	<p><b>Ridurre la diffusione dei disturbi del comportamento alimentare attraverso realizzazione di un PCO per la riorganizzazione della rete di diagnosi e cura</b></p>	<p>Da attivare nel prossimo biennio</p>	<p>L'Azienda è presente nel gruppo di coordinamento regionale per i disturbi dei comportamenti alimentari.</p>	<p>Le prestazioni svolte presso il CSM-SPDC - sede di Lanciano – per il trattamento dei DCA, hanno previsto la pianificazione di un protocollo di intesa con altre inerenti discipline mediche.</p>

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
<p><b>MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI FRAGILI E DEI LORO FAMILIARI</b></p>	<p><b>Istituzione della figura dell'amministratore di sostegno (ADS)</b></p>	<p>Dopo aver mappato i bisogni della ASL 02 è stata realizzata una rete di collaborazione e coordinamento tra le associazioni di volontariato interessate al tema della protezione giuridica delle persone fragili e costituito un tavolo interistituzionale, il secondo passo è stato informare e sensibilizzare il territorio della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti rispetto all'istituto della protezione giuridica (P.G.) di persone fragili con gli obiettivi di migliorare la conoscenza di soggetti istituzionali, operatori sociali, organizzazioni di volontariato sui fondamenti legati all'istituto dell'ADS e sensibilizzare le persone fragili e le famiglie sul significato e sul valore della P.G.. Sono stati realizzati moduli formativi destinati agli operatori dei servizi sanitari e sociali, familiari che hanno relazione di prossimità con le persone fragili, con l'obiettivo</p>	<p>Nel 2013, avviato il progetto, sono emerse alcune criticità relative ai tempi richiesti dal Tribunale di Chieti. Dopo vari incontri si è sensibilizzato il tribunale per una maggiore attenzione al problema e si è raggiunto un accordo per ridurre i tempi d'attesa.</p>	<p>Nel 2014 sono state realizzate le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si è promosso e realizzato il Convegno “Il giornalismo sociale e l’amministrazione di sostegno <i>Per un altro modo di raccontare la realtà</i>” Evento inserito nel programma di aggiornamento professionale dei giornalisti della Regione Abruzzo.</li> <li>• Realizzazione del progetto regionale “amministrazione di sostegno una scelta e un’opportunità per le famiglie” con La pubblicazione dell’ebook “Carte che liberano”; Corso di sensibilizzazione sull’ Amministrazione di Sostegno rivolto ai familiari e beneficiari e Convegno Conclusivo.</li> <li>• Organizzazione con la Cattedra di Organizzazione dei servizi sociali dell’ Università G. D’Annunzio Chieti del Ciclo di seminari rivolti ad operatori</li> </ul>

		<p>di metterli in grado di svolgere una attività di primo orientamento verso la protezione giuridica. E' stata implementata la campagna di comunicazione e sensibilizzazione.</p>		<p>sociosanitari studenti volontari e cittadini "Amministrazione di sostegno a dieci anni dalla legge istitutiva".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinamento del lavoro in rete per iniziative mirate alla sensibilizzazione ed al potenziamento dell'istituto dell'amministrazione di sostegno nel territorio della ASL2 con gli uffici giudiziari dei Tribunali di Chieti Lanciano e Vasto; con L'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione ,con gli Uffici della Provincia per l'Albo degli Amministratori di Sostegno, con il Centro di Servizio per il Volontariato della provincia di Chieti, con le Associazioni dei familiari e di volontariato.</li> <li>• Consulenza e accompagnamento per l'avvio della procedura di nomina dell'amministratore di sostegno presso i CSM del Dipartimento;</li> <li>• Aggiornamento del sito web sull'Amministrazione di Sostegno</li> <li>• Raccolta dati presso il Tribunale di Chieti sulle Amministrazioni</li> </ul>
--	--	---	--	--

				di Sostegno Interdizioni Inabilitazioni dal 2004 al 2014.
	<b>Monitoraggio per la ricerca di infestanti ed inquinanti nelle aree urbani verdi frequentate dai soggetti fragili</b>	Sono stati eseguiti n. 46 esami colturali sulle acque dei laghetti ornamentali e n. 53 valutazioni delle cotiche erbose nelle aree verdi urbane dei maggiori centri della Provincia (Chieti, Vasto, Lanciano, Ortona, Guardiagrele)		Nel 2014 è stato portato a termine il Progetto speciale d'innovazione N° 4 del Dipartimento di Prevenzione: messa in sicurezza dei cosiddetti "spazi aperti" maggiormente frequentati dai soggetti deboli (anziani e prima infanzia) con obiettivo la valutazione delle condizioni igienico-sanitarie e i servizi (fruibilità ed accessibilità degli spazi) al fine di migliorare il confort e la sicurezza dei parchi pubblici. Per la valutazione degli standard di sicurezza si è proceduto all'esecuzione di sopralluoghi congiunti con addetti degli enti gestori e alla predisposizione di un programma di campionamento ambientale per la ricerca di residui trattamenti fitosanitari sul fogliame delle specie floreali presenti.



<b>OBIETTIVO DI PERFORMANCE</b>	<b>AZIONI</b>	<b>AZIONI EFFETTUATE NEL 2012</b>	<b>AZIONI EFFETTUATE NEL 2013</b>	<b>AZIONI EFFETTUATE NEL 2014</b>
<b>RIDURRE IL RISCHIO DI MALATTIE TRASMESSE DAGLI ALIMENTI</b>	<b>Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale</b>	Sono state effettuate: profilassi di stato negli allevamenti bovini ed ovicaprini; piani di sorveglianza epidemiologica degli allevamenti bovini-bufalini, ovicaprini, suini, equini, avicunicoli del territorio provinciale; check-list negli allevamenti bovini-bufalini, ovicaprini, suini, equini, avicunicoli del territorio provinciale.	Nel 2013 sono stati visitati n. 117 stabilimenti di produzione con riconoscimento CE dove sono state eseguite 3204 ispezioni con 14 audit. Per la produzione sono state controllate 260 unità con 677 ispezioni.	Nel 2014 sono stati controllati n.122 stabilimenti di produzione con riconoscimento CE dove sono state eseguite n. 4040 ispezioni e 18 audit con il rilievo di n. 39 non conformità. Per la produzione sono state controllate 165 unità con 294 ispezioni, n. 35 infrazioni, e n.126 campioni prelevati.
<b>EDUCAZIONE ALIMENTARE NEI BAMBINI</b>	<b>Realizzazione di campagne di informazione su corretti stili di vita</b>	Nel corso del 2012 è stato attivato il progetto “prevenzione e modifica in età prescolare e scolare (3-11 anni) di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità”. Sono stati formati gli insegnanti delle scuole che hanno aderito al progetto ed è stato inviato loro materiale didattico ad integrazione del materiale loro consegnato a fine formazione, al fine di agevolare il loro compito educativo. Ci sono stati interventi da parte del personale medico di educazione alimentare, nutrizionale e al gusto nelle scuole che ne hanno fatto		Nel corso del 2014 è stata completata la fase di formazione degli insegnanti che hanno aderito al progetto per l'a.s. 2013/2014, (formazione già svolta nei mesi di novembre-dicembre 2013 nelle tre aree territoriali di Vasto-Lanciano e Chieti) attraverso la realizzazione di 5 corsi di formazione , di cui 3 svolti nell'area territoriale di Lanciano e 2 nell'area territoriale di Chieti. Durante i corsi di formazione sono stati consegnati agli insegnanti partecipanti materiale didattico (Testo- guida per gli insegnanti) e gli opuscoli (Promozione della corretta

		<p>espressa richiesta: tali interventi hanno coinvolto sia i genitori con incontri pomeridiani che i bambini con incontri svoltisi durante il normale orario scolastico, sempre alla presenza degli insegnanti di riferimento.</p> <p>Gli istituti scolastici che hanno aderito per l'anno scolastico 2012/2013 sono 11, con interessamento di 139 classi e 2380 bambini. I corsi di formazione per gli insegnanti hanno coinvolto n. 150 insegnanti . Sono stati svolti n. 8 corsi nelle sedi di Lanciano, Vasto e Chieti.</p>		<p>alimentazione) per I bambini e i genitori.</p> <p>Si è provveduto inoltre a predisporre materiale informativo-divulgativo (power point) su specifici argomenti inerenti la sana e corretta alimentazione da utilizzare a seconda delle richieste durante gli incontri con i genitori.</p> <p>Sono stati realizzati, su richiesta e con la collaborazione degli insegnanti 4 incontri con i genitori di cui 1 nell'area territoriale di Vasto, 1 nell'area territoriale di Lanciano e 2 nell'area territoriale di Chieti.</p>
<p><b>PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO</b></p>	<p><b>Garantire attività di vigilanza ed ispezione</b></p>	<p>Si è data attuazione agli impegni assunti con il patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro sancito nel 2007 tra governo e regione.</p>		<p>Si è data attuazione agli impegni assunti con il patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro sancito nel 2007 tra governo e regione.</p>

OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2012	AZIONI EFFETTUATE NEL 2013	AZIONI EFFETTUATE NEL 2014
MIGLIORARE LA GESTIONE DEL RISCHIO E DELLA QUALITA'	<b>Implementazione manuale di sicurezza in sala operatoria del ministero della salute</b>	E' stata completata l'implementazione del manuale di sicurezza in sala operatoria. L'azienda sta partecipando ad un progetto nazionale dell'Agenas sulla sicurezza in sala operatoria.	E' stata attivata la scheda perioperatoria che segue il paziente dal reparto in sala operatoria e dalla sala operatoria al reparto. L'azienda sta partecipando ad un progetto nazionale dell'Agenas sulla sicurezza in sala operatoria.	Ne l corso del 2014 è stato dato supporto alle UUOO per il passaggio dal registro operatorio cartaceo all'informatico. Sono proseguiti gli interventi formativi per la diffusione dell'applicazione del manuale di sicurezza di sala operatoria. Sono stati predisposti dei corsi di formazione per la gestione degli eventi critici in sistemi complessi come quello della sala operatoria da effettuarsi presso il centro di simulazione avanzata in via di istituzione presso la ASL 2 Abruzzo.
	<b>Controllo infezioni ospedaliere</b>	Il CIO ha attivato protocolli e procedure per il controllo delle infezioni ospedaliere dandone diffusione al personale con corsi di formazione. E' stato attivato il monitoraggio.	Il CIO ha attivato nelle UU.OO.i bundle relativi alle infezioni delle vie urinarie, alla prevenzione da VAP, alla prevenzione delle infezioni associate a cateterismo intravascolare.	Nel corso del 2014 è proseguita la diffusione, anche mediante specifici interventi formativi, delle pratiche per il controllo delle ICA/ISC, in particolare, sono stati implementati ulteriori <i>bundle</i> relativi a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenzione delle infezioni da C. difficile</li> <li>• Controllo delle infezioni da microrganismi multiresistenti</li> <li>• Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico</li> </ul> Una valutazione analitica degli interventi chirurgici monitorati dal

				<p>CIO, ha permesso di evidenziare un trend in diminuzione del tasso di ISC che nel 2014 si è attestato (dati preliminari) al 2,1%, ben al di sotto dei tassi riportati negli anni precedenti e inferiori anche ai dati nazionali di riferimento.</p> <p>Si è inoltre provveduto ad effettuare opportuni incontri con le UU.OO. di degenza, al fine di illustrare i risultati del monitoraggio dei consumi di antibiotici, in relazione ai dati di farmacoresistenza delle specie microbiologiche più rappresentate in ambito aziendale.</p> <p>E' inoltre continuata la programmazione di eventi formativi aziendali mirati all'applicazione delle procedure per evitare la diffusione di microrganismi multiresistenti, in particolare mediante ulteriore sensibilizzazione sulla pratica del lavaggio delle mani.</p>
	<p><b>Miglioramento tenuta della documentazione clinica</b></p>	<p>Annualmente il Servizio Qualità monitora la qualità delle cartelle cliniche in base ai requisiti della procedura aziendale. Ulteriori controlli vengono svolti dalla Direzione Medica di Presidio su</p>	<p>Annualmente il Servizio Qualità monitora la qualità delle cartelle cliniche in base ai requisiti della procedura aziendale. Ulteriori controlli vengono svolti dalla Direzione Medica di Presidio su</p>	<p>Annualmente il Servizio Qualità monitora la qualità delle cartelle cliniche in base ai requisiti della procedura aziendale. Ulteriori controlli vengono svolti dalla Direzione Medica di Presidio su</p>

		almeno il 2% delle cartelle.	almeno il 10% delle cartelle.	almeno il 10% delle cartelle.
	<b>Implementazione di Best Practice</b>	<p>E' stato espletato un corso sulle best practice in ostetricia e sui farmaci Lasa Sala cui sono seguite la redazione di procedure. La procedura sui farmaci è stata attivata, le procedure "Prevenzione emorragia post partum" e "distocia della spalla" in ostetricia saranno attivate nel 2013.</p>	<p>E' stato attivato il braccialetto identificativo per i pazienti del P.O. di Chieti.</p> <p>Sono state redatte procedure quali la prevenzione dello stravasamento da farmaci antineoplastici per il paziente neoplastico al fine di ridurre complicanze quali necrosi dei tessuti, infezioni, danni ai tendini e nervi circostanti la zona di stravasamento, che a loro volta possono causare ritardi nella prosecuzione dell'iter terapeutico. È seguita la formazione per il personale coinvolto nella somministrazione di farmaci antineoplastici.</p>	<p>Nel 2014 è stato organizzato il Quality &amp; Safety Day con lo scopo di promuovere la cultura della qualità e della sicurezza delle cure e di dare evidenza agli Operatori, alle Istituzioni e alla Cittadinanza degli obiettivi di qualità conseguiti e delle Best Practices applicate in Azienda.</p> <p>Sono state redatte e approvate numerose procedure tra le quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedura per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati.</li> <li>- Procedura per la somministrazione dei farmaci antineoplastici e loro smaltimento.</li> <li>- Procedura per la manipolazione dei farmaci antineoplastici in ufa..</li> <li>- Il ruolo dello psicologo-psicoterapeuta nel percorso senologico.</li> <li>- Gestione liste d'attesa delle mammografie in senologia clinica.</li> <li>- Allestimento bevacizumab 2,5 mg /0,1ml (avastin) per uso intravitale</li> <li>- istruzione operativa percorso</li> </ul>

				per accesso all'utic.
	<b>Gestione del dolore</b>	E' stato elaborato il progetto aziendale "Presenza in carico dei pazienti affetti da dolore cronico". E' stata attivata in tutta l'azienda la scheda di rilevazione del dolore giornaliero e post operatorio da integrare nella documentazione clinica. E' stato inoltre condiviso tra chirurghi e anestesisti ed attivato il protocollo del dolore postoperatorio.	Continua il monitoraggio del dolore.	La compliance degli operatori sull'utilizzo della scheda per la rilevazione del dolore da inserire in cartella clinica migliora. Inserimento nelle procedure e nei PCO aziendali della voce trattamento del dolore.
	<b>Attivazione di un sistema di valutazione delle clinical competence in ambito chirurgico</b>	Sono state predisposte schede di addestramento per i chirurghi che operano con tecnologia robotica. Sono state inoltre predisposte schede di addestramento per il personale neoassunto.	Sono in uso schede di addestramento per i chirurghi che operano con tecnologia robotica, per i chirurghi toracici e per i ginecologi.	Sono state predisposte e attualmente sono in uso le seguenti schede: <ul style="list-style-type: none"> <li>• schede di inserimento del neoassunto;</li> <li>• scheda generale di conoscenza del neoassunto/neo inserito;</li> <li>• scheda di addestramento professionale per dirigente neoassunto/ neo inserito;</li> <li>• schede per il mantenimento delle clinical competence per attività complesse quali la robotica, la chirurgia polmonare ed addominale ed urologica.</li> </ul>
	<b>Implementazione percorsi di</b>	Sono in corso audit per la verifica dei criteri di accreditamento in	Sono in corso audit per la verifica dei criteri di accreditamento in	Sono state effettuate visite di pre-audit per la verifica dei criteri di

	<b>accreditamento regionale</b>	attesa della visita di accreditamento regionale	attesa della visita di accreditamento regionale.	accreditamento in attesa della visita di accreditamento regionale.
	<b>Realizzazione di audit organizzativi e clinici</b>	Sono stati effettuati n. 10 audit su eventi avversi/near miss segnalati dalle diverse unità operative con conseguenti azioni di miglioramento.	Sono stati effettuati n.15 audit su eventi avversi/near miss segnalati dalle diverse unità operative con conseguenti azioni di miglioramento.	Nel 2014 sono stati effettuati n. 10 audit su eventi avversi/near miss segnalati dalle diverse unità operative con conseguenti azioni di miglioramento. Sono stati inoltre eseguiti 4 audit organizzativi relativi ai Percorsi clinico organizzativi per il trattamento del carcinoma mammario, del colon-retto, della prostata e del polmone.
	<b>Verifica requisiti autorizzativi nelle strutture pubbliche e private</b>	Sono in completamento le visite nelle strutture private	Sono in completamento le visite nelle strutture private.	Sono in completamento le visite nelle strutture private.