

AREA DI INTERVENTO 1	Sanità Pubblica e Prevenzione				
Punteggio 5	Referenti aziendali: Dott. I. Sferrazza – Dott. G. Stella – Dott. S. Madonia				
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamento risultati al 31/10/2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo	
<p>1 – Sanità veterinaria</p> <p>Servizio Veterinario</p>	20%	1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	1.1.A - n. Aziende bovine e ovi caprine controllate/n. Aziende bovine e ovi caprine controllabili	1.1.A - 100%	<p>1.1.A: Bovini = 99,3% ; Ovi caprini = 76,6%</p> <p>1.1.B – 24 giorni</p> <p>1.1.C – 46 giorni</p> <p>1.1.D – Aziende bovine = 8,7% Aziende ovine = 10,1 % Aziende caprine = 11,1%</p> <p>1.1.E: Bovini < 16% rispetto al 31/12/2016; Ovi-caprini < 51% rispetto al 31/12/2016</p>
		1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	1.1.B – 21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	
		1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	1.1.C – 42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	
		1.1.D - Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	1.1.D - n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	1.1.D – 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine	
		1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata	1.1.E - Percentuale di riduzione della prevalenza	1.1.E – 15%	

		nel 2015			
<p>1.2 – Sicurezza alimentare</p> <p>S.I.A.N.</p> <p>-</p> <p>Servizio Veterinario</p>	20%	<p>1.2.A Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari 2016 ai sensi del DDG n. 324/marzo 2016</p> <p>1.2.B Definizione di una procedura che garantisca il rispetto dei tempi per il rilascio del provvedimento di riconoscimento definitivo agli stabilimenti che trattano alimenti di origine animale con riconoscimento condizionato.</p>	<p>1.2.A - Rispetto Flusso informativo</p> <p>1.2.B -Invio entro il 31.10.2016 del provvedimento di approvazione della procedura di programmazione e della procedura di monitoraggio e verifica</p>	<p>1.2.A – SI/NO</p> <p>1.2.B – SI/NO</p>	<p>1.2.A – Si</p> <p>1.2.B – Area SIAOA – Si (già dal 2016)</p> <p>1.2.B – Area SIAN - Si – inviati regolarmente, come da riferimenti normativi; i dati definitivi all’anno 2017 verranno trasmessi entro il 15/02/2018</p>
<p>1.3 – Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive</p> <p>Igiene Pubblica</p>	20%	<p>1.3.A - Implementazione della copertura vaccinale (D.A. N. 38/2015)</p> <p>1.3.B - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla <i>evidence</i> per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini</p>	<p>1.3.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente</p> <p>1.3.B - Relazione sulle attività svolte</p>	<p>1.3.A</p> <p>Morbillo Parotite Rosolia</p> <p>1a dose – 95% Coorte 2014</p> <p>2a dose- 95% Coorti 2000 e 1998</p> <p>Varicella</p> <p>1a dose-95% Coorte 2014</p> <p>2a dose – 95% Coorti 2000 e 1998</p> <p>1.3.B - SI/NO</p>	<p>1.3.A</p> <p>I risultati ottenuti sono in linea con le previsioni del calendario regionale</p> <p>1.3.B – SI</p>

		<p>della adesione consapevole (D.A. N. 38/2015)</p> <p>1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale negli anni 2012 – 2015 (PRP 2014/2018)</p> <p>1.3.D - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio</p> <p>1.3.E - Genotipizzazione virale</p> <p>1.3.F- Notifica delle malattie infettive</p>	<p>1.3.C - Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate negli anni 2012- 2016</p> <p>1.3.D – Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale</p> <p>1.3.E - Individuazione dei focolai di morbillo, rosolia e rosolia congenita mediante l'identificazione del genotipo virale isolato</p> <p>1.3.F - notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)</p>	<p>1.3.C – SI/NO</p> <p>1.3.D - > dell'80 %</p> <p>1.3.E -100%</p> <p>1.3.F – 70%</p>	<p>1.3.C - SI</p> <p>1.3.D 100% (tutti i casi riscontrati vengono notificati)</p> <p>1.3.E – nessun caso riscontrato</p> <p>1.3.F – nessun caso riscontrato</p>
<p>- 1.5 – Prevenzion e nei luoghi di lavoro - S.Pre.S.A.L.</p>	<p>20%</p>	<p>1.5.A Attuazione direttive del Gruppo di Lavoro “Edilizia” nazionale e regionale e Gruppo di Lavoro “Agricoltura” nazionale e regionale</p>	<p>1.5.A –</p> <p>1.5.B SI/NO</p>	<p>1.5.A – Effettuati 13 sopralluoghi (11 edilizia e 2 agricoltura). Formazione 9 corsi effettuati (6 edilizia e 3 agri.)</p>	<p>1.5 A - Effettuati n. 5 sopralluoghi in Edilizia o in Agricoltura e 5 corsi di formazione nel comparto agricoltura. Criticità: grave carenza di personale e blocco assunzioni. In atto in organico n. 2 tecnici di prevenzione. Avviate le procedure</p>

		1.5.B Attuazione direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale		1.5.B – SI/NO	<p>per l'indizione di un bando per incarico libero-professionale; l'assunzione del personale dedicato consentirà un adeguamento a regime nel corso del 2018</p> <p>1.5.B – SI - attivata sorveglianza sanitaria ex esposti. Effettuata la sorveglianza sanitaria INAIL con n.5 adesioni ex-esposti. Criticità: carenza di personale e blocco assunzioni.</p>
--	--	---	--	---------------	---

Area di intervento 2	Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti				
Punteggio 9	Referenti aziendali: Dott. E. Leanza – Dott. F. La Tona – Sig. S. Giampiccolo				
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Definizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamento risultati al 31/10/2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo	
2.1 Sicurezza dei Pazienti	20%	2.1 A - Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento Rischio Clinico	2.1 A 1) la segnalazione della totalità degli eventi sentinella rispetto a quelli conosciuti (SIMES)	SI	Tutte le attività di monitoraggio vengono regolarmente effettuate e gli eventi sentinella vengono segnalati in ottemperanza alle linee guida 2.1 A 3) finestra piattaforma
			2.1 A 2) la coerenza rispetto al protocollo nazionale (SIMES)	SI	
			2.1 A 3) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	SI	
		2.1 B - Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella Rischio Clinico	2.1 B valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	2.1 B – finestra piattaforma Qualitasicilia SSR aperta fino al 09/01/2018

		<p>2.1 C - Programma regionale <i>Global Trigger Tool</i>: valutare l'1% delle cartelle cliniche dei dimessi in ricovero ordinario (con degenza superiore a un giorno) dalle UU. OO. delle seguenti discipline: area medicina, area chirurgica, area ostetrica, area pediatrica, area rianimazione (qualora mancasse una disciplina garantire comunque l'1% dei dimessi)</p> <p style="text-align: center;">Rischio Clinico</p>	<p>2.1 C Numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT in modo completo e coerente secondo il protocollo di rilevazione regionale</p>	<p>1% dei dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore a 1 giorno</p>	<p>2.1 C SI entro il 31/12/2017</p>
		<p>2.1 D - Programma di implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica in coerenza al D.A. 1914/13 s.m.i. di approvazione del programma regionale per la sicurezza, appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale</p> <p style="text-align: center;">UOC Oncologia-UOC Farmacia Ospedaliera</p>	<p>2.1 D Monitoraggio annuale e produzione report</p>	<p>100% delle azioni programmate</p>	<p>2.1D E' stato raggiunto il 100% delle azioni programmate</p>
		<p>2.1 E - Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali</p> <p style="text-align: center;">UOC Anestesia e Rianimazione</p>	<p>2.1 E 1) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR</p> <p>2.1 E 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria</p>	<p>2.1 E 1) SI</p> <p>2.1 E 2) 100%</p>	<p>2.1 E 1) SI entro il 09/02/2018</p> <p>2.1 E 2) al 31/10/2017 n. 12 schede di osservazione</p>
		<p>2.1 F - Sviluppo organizzativo del Percorso Nascita. Autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) sulla base della checklist</p>	<p>2.1 F Realizzazione autovalutazione su</p>	<p>SI</p>	<p>Si</p>

		<p>predisposta dai professionisti.</p> <p>UOC UTIN-UOC Ostetricie e Ginecologia</p>	<p>piattaforma Qualitasicilia SSR</p>		
		<p>2.1 G - Aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza</p> <p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri</p>	<p>2.1 G - Aderenza alle indicazioni regionali</p>	<p>SI</p>	<p>2.1 G- Il Distretto ospedaliero EN 2 ha effettuato uno studio di prevalenza sulle I.C.A. anno 2016</p> <p>Relativamente al Distretto EN1 a seguito di riorganizzazione del personale la rilevazione sarà effettuata a partire dalla seconda metà di novembre</p> <p>Si è in attesa da parte dei CIO aziendale per il secondo studio per l'anno 2017</p>
		<p>2.1 H - Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza:</p> <p>2.1 H 1) Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza</p> <p>2.1 H 2) Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e</p>	<p>2.1 H 1) Aderenza alle indicazioni regionali</p> <p>2.1 H 2) Report relativo al consumo di antibiotici</p> <p>2.1 H 3) Aderenza al Protocollo regionale</p>	<p>SI</p> <p>SI</p>	<p>2.1 H 1 – Il Distretto ospedaliero EN2 ha effettuato uno studio di monitoraggio dei Microrganismi MDR</p> <p>2.1 H 2 – I dati di consumo sia</p>

		<p>territoriale</p> <p>2.1 H 3) <i>Antimicrobial Stewardship</i></p> <p>2.1 H 4) Realizzazione di una campagna di comunicazione basata sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</p> <p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri - URP Aziendale - UOC Farmacia Ospedaliera - UOS Farmacia Territoriale</p>	<p>2.1 H 4a) Report sulla realizzazione delle campagne di comunicazione</p> <p>2.1 H 4B) Report di monitoraggio sulla valutazione di impatto (pre e post intervento) delle campagne di comunicazione.</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>	<p>ospedaliero che territoriale mostrano un decremento di spesa rispetto all'anno 2016</p> <p>In corso</p>
		<p>2.1 I -Programma di riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari - targeting zero:</p> <p>2.1 I 1) Adesione studi periodici di prevalenza ICA - ECDC</p> <p>2.1 I 2) Diffusione e formazione sull'utilizzo dei Bundle</p> <p>2.1 I 3) Individuazione team dedicato</p> <p>2.1 I 4) Procedura di conferimento dei privileges e valutazione dell'effettiva applicazione</p> <p>2.1 I 5) Scheda di gestione CVC</p> <p>2.1 6) Conduzione di audit periodici su almeno 100 procedure eseguite</p>	<p>Aderenza alle indicazioni regionali:</p> <p>2.1 I 1) Adesione studi e relativo Report</p> <p>2.1 I 2) Brochure ed eventi formativi</p> <p>2.1 I 3) Delibera aziendale</p> <p>2.1 I 4) Schede dei privileges e Report della relativa valutazione</p> <p>2.1 I 5) Compilazione della scheda di gestione sulla piattaforma informatica sulla totalità dei pazienti trattati</p> <p>2.1 6) Report aziendale su</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>	<p>2.1 I – Il Distretto ospedaliero EN 2 non effettua emocoltura</p>

		Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri	audit svolti		
<p>2.2</p> <p>Monitoraggio dei Tempi di Attesa</p> <p>UOC Medicina Specialistica</p>	10%	<p>2.2 A - Attività e funzionamento del Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa dell'art 2 del D.A. 439 – 2015:</p> <p>2.2 A 1) Monitoraggio e analisi dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate ricadenti nell'area metropolitana e/o provinciale di competenza;</p> <p>2.2 A 2) Analisi delle cause profonde dei fattori favorenti le criticità locali;</p> <p>2.2 A 3) Individuazione e pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali;</p> <p>2.2 A 4) Pianificazione e realizzazione dei programmi formativi aziendali per il governo delle liste di attesa in coerenza alle indicazioni della Cabina di Regia Regionale di cui all'art. 3 ;</p>	<p>2.2 A Report Annuale sui punti a,b,c,d di cui all'art. 2 D.A. 439 – 2015 da pubblicare su web aziendale.</p>	SI	<p>2.2 A – Anche se non presenti aziende erogatrici nell'ambito del territorio ASP, si è proceduto alla costituzione di un gruppo di lavoro intraaziendale col compito di analizzare l'offerta, le liste di attesa e di proporre interventi correttivi. Il gruppo di lavoro ha esitato un Piano per l'Assistenza Specialistica che, partendo dall'analisi del contesto, definisce il programma di implementazione e rimodulazione dell'offerta</p>

		<p>2.2 B - Analisi campi flusso SDO: report semestrale che analizzi tutti i campi del flusso SDO e livelli di garanzia.</p> <p><i>NOTA: Si procederà all'esame dei dati così come indicato nelle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010.)</i></p>	<p>2.2 B 1) n. campi compilati (data prenotazione, classe di priorità) / n. campi da compilare</p> <p>2.2 B 2) Monitoraggio</p>	<p>>= 90%</p>	<p>2.2 B 1 – Tutti i campi sono regolarmente implementati</p> <p>2.2 B 2 - SI monitoraggio semestrale</p>
		<p>2.2 C - Applicazione del modello delle priorità cliniche condivise (RAO) per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale.</p>	<p>2.2 C - Aderenza alle indicazioni regionali/Agenas</p>	<p>SI</p>	<p>L'Azienda sta regolarmente partecipando alla fase del progetto AGENAS di sperimentazione RAO, avviata con l'incontro tenutosi presso l'Assessorato della Salute il 20/09/2017</p>
		<p>2.2 D - Modalità di prenotazione informatizzata condivisa tra gli erogatori pubblico/privato in ambito di area metropolitana/provincia almeno nelle 43 prestazioni critiche – coordinamento/ da parte delle ASP</p> <p>2.2 E - Monitoraggio delle sospensioni</p>	<p>2.2 D - Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa</p>	<p>SI</p>	<p>2.2 D - Le strutture private insistenti nel territorio dell'ASP sono state acquisite al CUP aziendale in modalità web per quote delle 43 prestazioni critiche</p>

		<p>dell'erogazione delle prestazioni:</p> <p>2.2 E 1) Il monitoraggio deve essere effettuato come da Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010).</p> <p>2.2 E 2) Sulla base delle criticità correlate alla sospensione delle prestazioni devono essere predisposti i relativi interventi correttivi.</p> <p>2.2 E 3) Pubblicazione dei report semestrali e degli interventi correttivi su web</p> <p><i>NOTA: Viene richiesto l'effettivo monitoraggio (comprovato da idonea documentazione) da parte dell'Azienda sugli interventi messi in atto dalle strutture sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.</i></p> <p><i>Inoltre si chiede se l'Azienda sia venuta a conoscenza dell'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione e quali interventi abbia intrapreso.</i></p>	<p>2.2 E 1) report semestrale</p> <p>2.2 E 2) Report con interventi correttivi</p> <p>2.2 E 3) Pubblicazione su sito web aziendale</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>	<p>2.2 E 1) SI</p> <p>2.2 E 2) SI</p> <p>2.2 E 3) SI</p> <p>Vengono trasmessi regolarmente i monitoraggi semestrali delle sospensioni delle erogazioni delle prestazioni</p>
--	--	--	--	-------------------------------	--

<p>2.3</p> <p>Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa</p> <p>UOC Medicina Specialistica</p> <p>CED</p>	<p>10%</p>	<p>2.3 A - Pubblicare e puntualmente aggiornare, sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste attesa/tempi attesa".</p>	<p>2.3 A Evidenza di Pubblicazione e aggiornamento sul web</p>	<p>SI</p>	<p>2.3 A – SI. Le liste di attesa vengono pubblicate, con cadenza periodica, sull'apposita sezione del sito web aziendale</p>
<p>2.4</p> <p>Formazione dei professionisti</p> <p>UOS Formazione</p>	<p>10%</p>	<p>2.4 A - Partecipazione ai programmi formativi promossi dall'Assessorato per lo sviluppo delle competenze a partire dai privileges in ambito materno-infantile</p>	<p>2.3 A 1) Svolgimento delle corsi formativi previsti secondo le indicazioni regionali</p> <p>2.3 A 2) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR</p>	<p>SI</p> <p>SI</p>	<p>2.3 A 1) Avvio attività CEFPAS giugno 2017</p> <p>Trasmissione elenco del personale aziendale delle UU.OO. interessate</p> <p>Segnalazione n. 2 unità per corsi programmati giugno-dicembre 2017</p> <p>n. 11 corsi programmati</p> <p>n. 22 posti disponibili</p> <p>n. 16 segnalazioni al 31/10/2017</p>
<p>2.5</p> <p>Personalizzazione e umanizzazione</p>	<p>10%</p>	<p>2.5 A - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale</p> <p>URP Aziendale - Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri - Direttori Distretti sanitari</p>	<p>2.5 A - Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita</p>	<p>SI</p>	<p>2.5 A – La rilevazione della qualità percepita è stata condotta presso le strutture territoriali e</p>

dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti		Territoriali			ospedaliero secondo le direttive regionali che prevedono la nuova metodologia di rilevazione attraverso le interviste telefoniche
		2.5 B - La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas URP Aziendale - Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri - Direttori Distretti sanitari Territoriali	2.5 B - Attuazione delle direttive regionali	SI	2.5 B – Con delibera n. 281 del 27/04/2017 è stata approvata l'adesione alla Ricerca 2015. Sono stati individuati e segnalati i componenti dell'équipe locale composta da 5 referenti civici e operatori aziendali, il team ha partecipato ad una giornata formativa, a giugno, e la check list è stata sottoposta alle direzioni di presidio ospedaliero: a luglio i dati raccolti sono stati digitati nella piattaforma AGENAS

		<p>2.5 C - Valutazione e gestione del dolore cronico: realizzazione di tre cicli di Audit sul tema della gestione del dolore cronico in coerenza al cronoprogramma previsto dal DG 2488 del 27/12/2013</p> <p>UOC Anestesia e Rianimazione</p>	<p>2.5 C - Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore</p>	<p>SI</p>	<p>2.5 C – entro febbraio 2018</p>
<p>2.6 PDТА</p>	<p>10%</p>	<p>2.6 A - Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali:</p> <p>2.6 A1) PDТА Frattura femore (2017) 2.6 A2) PDТА in pazienti con Fibrillazione Atriale (2017) 2.6 A3) PDТА Scopenso cardiaco (2017) 2.6 A4) PDТА Carcinoma colon retto (2017) 2.6 A5) PDТА Carcinoma polmone (2017) 2.6 A6) PDТА in Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico (2017)</p> <p>Referente PNE - DSA</p>	<p>2.6 A Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDТА</p>	<p>SI</p>	<p>2.6 A – Il documento è in fase di definizione finale</p>
<p>2.7 Appropriatezza</p>	<p>10%</p>	<p>2.7 A - Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)</p> <p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri Uffici SDO</p>	<p>2.7 A - Rispetto degli adempimenti previsti</p>	<p>SI</p>	<p>n. cartelle da controllare 763 n. cartelle controllate</p>

					575
2.8 Outcome	10%	2.8 A - Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE Referente PNE - DSA	2.8 A Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	2.8 A - SI

Area di intervento 3 Punteggio 1	Reti Assistenziali Referente Aziendale Dott. Politi				
Interventi Previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento		Aggiornamento risultati al 31/10/2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo	
3.1 Rimodulazione rete ospedaliera <i>Direzione Aziendale - Direttori Distretti Osp.</i>	5%	3.1 A Piano di rimodulazione della rete ospedaliera provinciale 3.1 B Attivazione dei posti letto per post acuti programmati 3.1 C Revisione dei percorsi assistenziali per lungodegenza e riabilitazione già realizzati 3.1 D Incremento utilizzo dei posti letto per post acuti	3.1 A Presentazione del piano di rimodulazione 3.1 B N. posti letto per post acuti attivati/N. posti letto previsti 3.1 C Revisione percorsi 3.1 D Percentuale di utilizzo dei posti letto per post acuti	Si/No	Già avviato quanto previsto dall'Atto Aziendale In linea con il decreto 629/2017 sono stati rimodulati l'Atto Aziendale e la nuova dotazione organica, entrambi approvati dall'Assessorato
3.2 Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione <i>Direzione Aziendale Direttori Distretti Osp.</i>	5%	3.2 A Attivazione di tutti posti letto assegnati per la riabilitazione e la lungodegenza entro il 2017	3.2 A Numero posti letto attivi di riabilitazione e lungo degenza	Aderenza DA	In linea con il decreto 629/2017 sono in fase di istituzione le UU.OO. di Riabilitazione e Lungodegenza, ove è stato prioritariamente ricollocato il personale in servizio nelle UU.OO. soppresse dal suddetto D.A.

<p>3.3 Ottimizzazione delle reti assistenziali</p> <p>Direzione Generale- Dir Distretto Osp.EN2</p>	<p>5%</p>	<p>3.3 A Implementazione SUAP</p>	<p>3.3 A Completa attivazione dei 10 pl previsti SUAP</p>	<p>SI entro 2017</p>	<p>In linea con il decreto 629/2017 sono stati rimodulati l'Atto Aziendale e la nuova pianta organica, entrambi approvati dall'Assessorato</p>
<p>3.4 Rete IMA</p> <p>UU.OO. UTIC e Cardiologia</p>	<p>20%</p>	<p>3.4 A Osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI</p>	<p>3.4 A 1) Timing da PCM a PCI 3.4 A 2) Timing da trombolisi inefficace a PCI rescue 3.4 A 3) Timing da trombolisi efficace a coronarografia</p>	<p>Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida</p>	<p>Tutti i tempi vengono rispettati</p>
<p>3.5 Miglioramento sistema delle Cure palliative domiciliari</p> <p>Dir. Hospice UOC ASB e Cure Dom.</p>	<p>5%</p>	<p>3.5 A - Monitoraggio grado di percezione dei cittadini del servizio cure palliative domiciliari ai sensi del D.A. 21/08/2014 avviato con le Onlus accreditate</p>	<p>3.5 A - Realizzazione e somministrazione questionari per la valutazione della soddisfazione del servizio</p>	<p>SI/NO</p>	<p>3.5 A - I questionari sono in fase di somministrazione</p>

<p>3.6 Rete regionale dello Stroke Unit Livello II UOC Neurologia</p>	<p>20%</p>	<p>3.6 A -Implementazione della rete regionale Stroke Unit attraverso la realizzazione di PDTA con centri del bacino centrale siciliano</p>	<p>3.6 A - Realizzazione PDTA</p>	<p>SI/NO</p>	<p>In corso di implementazione</p>
<p>3.7 Adesione alla Re.O.S. UU.OO. Oncologia, SIAV, Radiologia, Anatomia Patologica, Ginecologia, Chirurgia Gen.</p>	<p>20%</p>	<p>3.7 A - Completa adesione alla Rete Oncologica Siciliana come da D.A. 1902/14 3.7 B - Progettazione da parte del team multidisciplinare di data base clinici 3.7 C – Incremento attività riabilitativa integrata per le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico per tumore mammario</p>	<p>3.7 A -Completa attuazione delle Linee Guida regionali 3.7 B - applicazione progetto 3.7 C -100%</p>	<p>SI/NO SI/NO 100%</p>	<p>3.7 A – Si 3.7 B – Si 3.7 C – 100%</p>
<p>3.8 Implementazione percorsi di integrazione Ospedale Territorio Dipartimento Materno Infantile - Direttori Punti Nascita Enna e Nicosia, Servizio Materno-Infantile</p>	<p>10%</p>	<p>3.8 A -Promozione del percorso nascita nei consultori</p>	<p>3.8 A -N° di gravide prese in carico dai consultori / N° parti</p>	<p>>30%</p>	<p>3.8 A – n. 143 gravide/n. 541 parti = 36% al 30/09/2017</p>

<p>3.9 Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica SIAV, Centro Gestionale Screening, UOC Otorino, UOC Oculistica</p>	<p>10%</p>	<p>3.9 A -Promozione screening uditivo neonatale 3.9 B -Promozione screening oftalmico</p>	<p>N° soggetti testati / N° neonati</p>	<p>95%</p>	<p>3.9 A - soggetti testati n. 600/600 3.9 B - soggetti testati n. 320</p>
--	------------	---	---	------------	---

Area di intervento 4 Punteggio 6	Assistenza Territoriale Referente Aziendale Dott.ssa M. La Malfa				
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamento risultati al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo	
<p>4.1</p> <p>Implementazione delle "Dimissioni facilitate" da parte dei quattro PP.OO aziendali nella gestione dei soggetti a rischio afferenti ai due target prioritari:" Diabete Mellito di tipo 2" e "Scompenso". Studio e sviluppo della rete per gli ambulatori specialistici ospedalieri/territoriali per pazienti cronici target</p> <p style="color: blue;">Direttori di Presidio Ospedaliero; Direttori di Distretto; Direttori UOC ASB e Cure Domiciliari, UOS Formazione e Assistenza Specialistica (relativamente alla revisione delle procedure ed incontri formativi)</p>	10%	<p>4.1 A- Standardizzazione delle procedure</p> <p>4.1 B - Pianificare l'entrata a regime delle procedure relative alle dimissioni facilitate</p>	<p>4.1 A- N. incontri formativi/informativi tra specialisti ospedalieri/ Distretti Territoriali</p> <p>4.1 B n. di dimissioni facilitate nel 2016 > n. dimissioni facilitate 2015</p>	<p>4.1 A- 2 incontri per Distretto ospedaliero</p> <p>4.1 B - > 20%</p>	<p>4.1 A – Sono programmati incontri formativi informativi nei mesi di novembre e dicembre 2017</p> <p>4.1 B – Distretto Sanitario di Nicosia, al 31/10/2017: 316 diabete mellito, 121 scompenso cardiaco Distretto Sanitario di Piazza Armerina: n. 95 dimissioni facilitate</p>

<p>4.2</p> <p>Implementazione di un modello di Gestione integrata dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: Obesità e Diabete mellito con il Centro Regionale di Riferimento di CL</p> <p>Ref. Ambulatorio Obesità e Diabete</p>	<p>10%</p>	<p>4.2 A - Implementazione attività ambulatoriali attivate Obesità e Diabete mellito</p>	<p>4.2 A 1) - N. di soggetti presi in carico</p> <p>4.2 A 2) - N. di pazienti con Diabete di I° e II° livello presi in carico inviati al Centro di riferimento di CL</p>	<p>4.2 A1 - 30%> rispetto al 2015 (197 pz 2015)</p> <p>4.2 A2 - 100%</p>	<p>4.2 A1 – dato in corso di acquisizione</p> <p>4.2 A2 – 0. Nessuna necessità di inviare al Centro di riferimento</p>
<p>4.3</p> <p>Implementazione presa in carico pazienti non autosufficienti nel percorso ospedale-territorio</p> <p>Direttori di Presidio Ospedaliero; Direttori di Distretto</p>	<p>10%</p>	<p>4.3 A - Incremento del numero delle dimissioni protetta con presa in carico Uffici Territoriali</p>	<p>4.3 A - n. di dimissioni protette nel 2016 > n. dimissioni protette 2015</p>	<p>> 20%</p>	<p>4.3 A - Distretto Sanitario di Piazza Armerina: dimissioni protette n. 13 RSA e n. 19 ADI</p>
<p>4.4</p> <p>Riduzione della Spesa Farmaceutica Convenzionata</p> <p>Servizio Farmaceutico Territoriale</p>	<p>20%</p>	<p>4.4 A - Realizzazione delle azioni previste dal DA 552/16 per il raggiungimento degli obiettivi previsti nello stesso.</p> <p>4.4 B - Implementazione e monitoraggio della distribuzione Per Conto dei medicinali inclusi nel</p>	<p>4.4 A - Individuazione degli obiettivi per i MMG attraverso incontri dedicati con le figure previste del DA.</p> <p>4.4 B - Aumento numero di ricette in DPC</p> <p>4.4 C - Report distrettuali mensili su appropriatezza e</p>	<p>* a fondo pag. report di farmanalisi su contrazione spesa farmaceutica come da DA</p>	<p>4.4 A – SI</p> <p>4.4 C - SI</p>

		PHT (d.p.c.) 4.4 C - Monitoraggio mensile sullo stato dell'arte relativo al sub obiettivo per appropriatezza prescrittiva con eventi formativi	almeno due eventi formativi		
4.5 Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non autosufficienza/disabilità e M. di Alzheimer Ref. Aziendale Alzheimer	10%	4.5 A - Potenziamento delle attività del CDA di Piazza Armerina sia nella componente di diagnosi (valutazione neuropsicologica) che nella componente della cura e riabilitazione cognitiva e psico-motoria	4.5 A - Adeguamento risorse umane come da progetto di PSN 13	SI/NO	4.5 A – Con un apposito progetto è stato deliberato con atto n. 615 del 29/07/2016 l'istituzione di un'unica UVA Aziendale e costituzione del primo Centro per i disturbi cognitivi e per le demenze che integrava l'attività di un'équipe multidisciplinare. Con atto deliberativo è stato conferito il contratto di collaborazione a 4 figure professionali specialistiche per il potenziamento del CDA di Piazza Armerina. Sono in corso di definizione gli atti di nomina dei relativi vincitori
4.6 Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza Servizio Materno-Infantile Territoriale	10%	4.6 A - Attività di Monitoraggio 4.6 B - Implementazione attività del Nucleo Aziendale	4.6 A - Distribuzione e valutazione schede di Monitoraggio 4.6 B - Numero riunioni del Nucleo Aziendale	4.6 A - SI/NO 4.6 B - Almeno 3 incontri (Verbali)	4.6 A – SI 4.6 B - 3 incontri presso la Prefettura di Enna e il Nucleo aziendale

<p>4.7</p> <p>Implementazione Codice Rosa</p> <p>Servizio Materno-Infantile Territoriale - MCAU</p>	10%	4.7 A - Redazione ed applicazione PDTA con i P.S.	<p>4.7 A 1) - Redazione PDTA</p> <p>4.7 A 2) – Diffusione ed applicazione PDTA</p> <p>4.7 A 3)-Partecipazione Progetto Implementazione Codice Rosa(In collaborazione con AO Papardo)</p>	SI/NO	4.7 A 3) La parte di competenza dell'U.O.C. Materno Infantile è stata completata nel 2016. Sta collaborando con la programmazione di un corso aziendale sulle procedure del "Codice Rosa" che sarà realizzato nel 2018
<p>4.8</p> <p>Attuazione linee guida piano Strategico Regionale per la Salute Mentale</p> <p>DSM</p>	15%	4.8 A - Implementazione del Piano di Azione locale nell'ambito del piano strategico regionale per la salute mentale	<p>4.8 A 1) - Approvazione nuovi PTI (Progetti Terapeutici Individuali) e aumento Albo Aziendale delle Imprese del privato-sociale, imprenditoriale, delle Ass. Volontariato che posseggano i requisiti per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari</p> <p>4.8 A 2) - Condivisione</p>	<p>4.8 A 1) - SI/NO</p> <p>4.8 A 1) - SI/NO</p> <p>4.8 A 1) - >20</p>	<p>4.8 A 1 Piena attuazione di ogni azione predittiva ed avviamento ad oltre 50 progetti terapeutici individualizzati</p> <p>4.8 A 2 - SI</p> <p>4.8 A 3- n. 50 pazienti</p>

			budget di Salute con tutti membri del PAL 4.8 A 3) - Almeno 20 pz seguiti con il PAL		
4.9 Definizione di modelli di assistenza ai bambini ed adolescenti con "disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta" NPIA	5%	4.9 A - Implementazione attività di specifiche per l'abilitazione dei Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta	4.9 A – Formazione comune degli operatori della UOC NPIA con approfondimento delle tecniche riabilitative cognitivo-comportamentali. 4.9 B – attivazioni percorsi terapeutici, Parent training, Teacher training e Child training 4.9 C – n° di trattamenti con percorsi riabilitativi di tipo cognitivo comportamentale specifici effettuati su minori.	4.9 A – attivazione di almeno 1 percorso. 4.9 B – attivazioni di almeno 1 percorso per distretto 4.9 C – almeno 30 trattamenti per Distretto	4.9 A – Si (i corsi sono stati effettuati nel 2016) 4.9 B –Si – sono stati messi in attuazione i percorsi riabilitativi in ciascun distretto; sono stati attivati 19 percorsi 4.9 C – n. 101 minori sono stati presi in carico per i percorsi riabilitativi (giugno 2017)

AREA DI INTERVENTO 5 Punteggio 4		Sviluppo organizzativo Dott.ssa A. Santarelli			
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamento risultati al 31/10/2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo	
<p>5.1</p> <p>Comunicazione</p> <p>URP Aziendale</p> <p>UOC Anestesia e Rianimazione</p> <p>UOESPA</p>	25%	5.1 A – Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi	Relazione sull'attività svolta	SI/NO	<p>5.1 A - Con il Coordinatore Locale Trapianti ,il Dirigente UOESPA e gli esponenti delle associazioni è stata promossa la partecipazione dell'ASP di Enna ala giornata per la Speranza e lotta alle patologie tumorali con materiale divulgativo</p> <p>Ulteriori eventi realizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. 2 incontri con le scuole - N 3 banchetti informativi presso i PP.OO. di enna e Nicosia in sinergia con l'AIDO
<p>5.2</p> <p>Formazione</p> <p>Direzione Aziendale</p> <p>UOS Formazione</p>	25%	5.2 A - Assegnazione risorse alla struttura formazione aziendale (art. 6,7 D.A. 1771/2012)	<p>5.2 A 1) risorse umane attribuite/risorse umane previste</p> <p>5.2 A 2) budget assegnato/ budget previsto</p>	<p>5.2 A 1) ≥ 80%</p> <p>5.2 A 2) ≥ 50%</p>	<p>5.2 A 1) n.5 unità/6 = 80%</p> <p>5.2 A 2) Budget assegnato 2017 con del. 1036 del 21/12/2013 € 60.345,35/anno 2016 con del 32/2016 € 105.503,04</p>

<p style="text-align: center;">5.3 Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria Direzione Aziendale</p>	<p style="text-align: center;">25%</p>	<p>5.3.A – Costituzione e/o completamento uffici SIRS con personale dedicato (Direttiva n. 15730/2015 e successive integrazioni)</p> <p>5.3.B - Elaborazione e presentazione di progetti su bandi Regionali, Nazionali e Internazionali, nonché organizzazione di incontri formativi/informativi dedicati alla ricerca e internazionalizzazione</p>	<p>5.3.A – Relazione sullo stato di attuazione degli Uffici SIRS5.</p> <p>3.B - Relazione sui progetti elaborati presentati e sulle attività formative/informative svolte dai SIRS</p>	<p style="text-align: center;">SI/NO</p> <p style="text-align: center;">SI/NO</p>	<p>In attesa di indicazioni assessoriali sull’approvazione della nuova pianta organica aziendale</p>
<p style="text-align: center;">5.4 Telemedicina CED</p>	<p style="text-align: center;">25%</p>	<p>5.4 A – Promuovere l’utilizzo della telemedicina (es.: procedure di tele cardiologia, tele radiologia, ecc.) attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie</p>	<p>5.4.A – Relazione sulle attività svolte e sul numero delle Unità operative coinvolte nelle attività di telemedicina</p>	<p style="text-align: center;">5.4 A - 1</p>	<p>5.4 A – Il Referente aziendale per la telemedicina ha inviato delle note ai Servizi ospedalieri al fine di sensibilizzarli all’utilizzo dei sistemi di telemedicina.r</p> <p>Ha altresì trasmesso degli esempi di applicazione nei vari ambiti</p>