



PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2016-2017

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		Anno 2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2017	
1.1 – Sanità veterinaria SERVIZIO VETERINARIO	20%	<p>1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)</p> <p>1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina</p> <p>1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina</p> <p>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.</p> <p>1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015</p>	<p>1.1.A - n. Aziende bovine e ovi caprine controllate/n. Aziende bovine e ovi caprine controllabili</p> <p>1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi</p> <p>1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi</p> <p>1.1.D - n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili</p> <p>1.1.E - Percentuale di riduzione della prevalenza</p>	<p>1.1.A - 100%</p> <p>1.1.B – 21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%</p> <p>1.1.C – 42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%</p> <p>1.1.D – 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine</p> <p>1.1.E – 15%</p>	<p>1.1.A -bovina– 1307/1307= 100% ovi – caprini- 1157/1157= 100%</p> <p>1.1.B – BRC Bovina e ovi-caprini = 24 gg 100%</p> <p>1.1.C –TBC bovina 46 gg =100%</p> <p>1.1.D –bovina-151/1302=11.59 % ovi-caprini-151/1187= 12.72%</p> <p>1.1.E- Bovina e ovi-caprina riduzione del 2.08% rispetto al 2016 = 3.19% Totale riduzione del 34.79%</p>
1.2 – Sicurezza alimentare	20%	1.2.A Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari 2016 ai sensi del DDG n.	1.2.A - Rispetto Flusso informativo	1.2.A – SI/NO	1.2.A -Si (Servizio Veterinario e SIAN)

<p>S.I.A.N.</p> <p>SERVIZIO VETERINARIO</p>		<p>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.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.B – SI/NO</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</p>
<p>1.3 – Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive</p> <p>IGIENE PUBBLICA</p>	<p>20%</p>	<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 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.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente</p> <p>1.3.B - Relazione sulle attività svolte</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.A Morbillo Parotite Rosolia 1a dose – 95% Coorte 2014 2a dose- 95% Coorti 2000 e 1998 Varicella 1a dose-95% Coorte 2014 2a dose – 95% Coorti 2000 e 1998</p> <p>1.3.B - SI/NO</p> <p>1.3.C – SI/NO</p> <p>1.3.D - > dell'80 %</p>	<p>1.3.A I risultati ottenuti sono in linea con le previsioni (nota dal referente aziendale)</p> <p>1.3.B-Si</p> <p>1.3.C – Si</p> <p>1.3.D -Sono stati notificati n.12 casi (di cui 11 confermati) ed effettuati per ogni singolo caso gli accertamenti di laboratorio = 100%</p>

		<p>1.3.E - Genotipizzazione virale</p> <p>1.3.F- Notifica delle malattie infettive</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.E -100%</p> <p>1.3.F – 70%</p>	<p>1.3.E Di tutti i casi notificati si è proceduto all'identificazione e isolamento del genotipo virale solo un caso non è stato possibile il sequenziale da parte del laboratorio = 100%</p> <p>1.3.F – n.12 notifiche/ n. 11 casi rilevati dalle SDO</p>
<p>1.4 – Tutela ambientale UOESPA - SIAV</p>	<p>20%</p>	<p>1.4.A - Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)</p> <p>1.4.B - Delibera costituzione "focal point" ((Direttiva 32187 dell'8.4.2016)</p>	<p>1.4.A - Report: invio entro il 31/10/2016</p> <p>1.4.B – Invio delibera entro il 31 ottobre 2016</p>	<p>1.4.A – SI/NO</p> <p>1.4.B – SI/NO</p>	<p>1.4. A Si (sono stati realizzati incontri formativi-informativi)</p> <p>1.4.B – con nota prot. n. 164582 del 27/04/2017 si richiedeva alla DSA di voler autorizzare con atto formale la costituzione dei gruppi di lavoro. Con nota prot. n. 206431 del 05/09/2017 è stata trasmessa alla DSA la proposta di delibera.</p>

1.5 – Prevenzione nei luoghi di lavoro S.Pre.S.A.L.	20%	1.5.A Attuazione direttive del Gruppo di Lavoro “Edilizia” nazionale e regionale e Gruppo di Lavoro “Agricoltura” nazionale e regionale	1.5.A - Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP	1.5.A – SI/NO	1.5.A – Effettuati n. 5 sopralluoghi in Edilizia – n. 1 in Agricoltura e n. 11 corsi di formazione nel comparto Agricoltura ed Edilizia. Criticità: grave carenza di personale e blocco assunzioni. In atto in organico due Tecnici di Prevenzione. Il Piano delle assunzioni prevede per l’anno 2018 le figure professionali necessarie per le attività da svolgere
		1.5.B Attuazione direttive del GdL “Agenti cancerogeni” nazionale e regionale	1.5.B - Sorveglianza Sanitaria degli ex esposti secondo il protocollo del Coordinamento interregionale e di cui alla L.R. 10/2014, attività di controllo di aziende per rischio agenti cancerogeni, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP.	1.5.B – SI/NO	1.5.B – SI- Attivata sorveglianza sanitaria ex esposti. Effettuata la sorveglianza sanitaria INAIL con n. 5 adesioni ex esposti. Criticità: grave carenza di personale e blocco assunzioni. In atto in organico due Tecnici di Prevenzione. Il Piano delle assunzioni prevede per l’anno 2018 le figure professionali necessarie per le attività da svolgere

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%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Anno 2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2017	
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) Tutte le attività di monitoraggio avvengono regolarmente
			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 qualitasiciliassr)	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- Tutte le attività di monitoraggio avvengono regolarmente

	<p>2.1 C - Programma regionale Global Trigger Tool: 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>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</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>UOC ONCOLOGIA-UOC FARMACIA OSPEDALIERA</p>	<p>2.1 D Monitoraggio annuale e produzione report</p>	<p>100% delle azioni programmate</p>	<p>2.1 D Sono state attuate tutte le azioni programmate attraverso la stesura ed applicazione dei Processi operativi che riguardano il percorso della Terapia antitumorale.</p>
	<p>2.1 E - Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali</p> <p>UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE</p>	<p>2.1 E 1) Report secondo schema disponibile su piattaforma qualitasiciliassr 2.1 E 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria</p>	<p>2.1 E 1) SI 2.1 E 2) 100 %</p>	<p>2.1 E 1) SI entro il 09/febbraio 2018 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 predisposta dai professionisti.</p> <p>UOC UTIN-UOC OSTETRICIE E GINECOLOGIA</p>	<p>2.1 F Realizzazione autovalutazione su piattaforma qualitasiciliassr</p>	<p>SI</p>	<p>SI</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- Distretto Ospedaliero En 2: Il team del Gruppo Operativo ha completato in data 24/11/2017 la fase di rilevazione; in attesa di avvenuta trascrizione degli stessi nel portale Qualità</p>
	<p>2.1 H - Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza:2.1 H 1) Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza</p> <p>2.1 H 2) Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</p> <p>2.1 H 3) Antimicrobial Stewardship</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 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>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>SI</p> <p>SI</p>	<p>2.1 H 1-Distretto Ospedaliero En 2 ha effettuato uno studio di monitoraggio dei Microorganismi MDR ed è tuttora in corso.</p> <p>2.1 H1 U.O.C. Farmacia Ospedaliera ha collaborato con il D.S. En1 attraverso la stesura di Linee Guida per l'antibiotico profilassi peri-operatoria nell'adulto- schede operative consultabile al link.</p> <p>2.1 H2 I dati di consumo sia ospedalieri che territoriali mostrano un decremento di spesa rispetto all'anno 2016</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 style="text-align: center;">DIREZIONI SANITARIE DISTRETTI OSPEDALIERI</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>f2.1 6) Report aziendale su audit svolti</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>
<p>2.2</p> <p>Monitoraggio dei Tempi di Attesa</p> <p>UOC MEDICINA SPECIALISTICA</p>	<p>10%</p>	<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 Report Annuale sui punti a,b,c,d di cui all'art. 2 D.A. 439 / 2015 da pubblicare su web aziendale.</p>	<p>SI</p>	<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 intraziendale con il 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</p>

	<p>2.2 A 2) Analisi delle cause profonde dei fattori favorevoli 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>			partendo dall'analisi del contesto, definisce il programma di implementazione e rimodulazione dell'offerta
	<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>	>= 90%	<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>	SI	<p>2.2 C – 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 D - Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa</p>	SI	<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>2.2 E - Monitoraggio delle sospensioni 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>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 e delle prestazioni</p>
<p>2.3 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa</p> <p>UOC MEDICINA SPECIALISTICA - CED</p>	10%	<p>2.3 A - Pubblicare e puntualmente aggiornare, sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste attese/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. Ultimo aggiornamento al 31/12/2017</p>

<p>2.4</p> <p>Formazione dei professionisti</p> <p>UOS</p> <p>FORMAZIONE</p>	<p>10%</p>	<p>2.4 A - Partecipazione ai programmi formativi promossi dall'Assessorato per lo sviluppo delle competenze a partire dai <i>privileges</i> in ambito materno-infantile</p>	<p>2.3 A 1) Svolgimento dei corsi formativi previsti secondo le indicazioni regionali</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 18 segnalazioni al 31/12/2017</p>
<p>2.5</p> <p>Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti</p>	<p>10%</p>	<p>2.5 A - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale</p> <p>URP AZIENDALE - DIREZIONI SANITARIE</p> <p>DISTRETTI OSPEDALIERI – DIRETTORI</p> <p>DISTRETTI SANITARI TERRITORIALI</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 ospedaliere secondo le direttive Regionali che prevedono la nuova metodologia di rilevazione attraverso le interviste telefoniche rispettando i parametri assegnati.</p> <p>n. di interviste per ricoveri 1017.</p> <p>n. interviste per prestazioni specialiste ambulatoriali 2511.</p>

		<p>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</p> <p>URP AZIENDALE - DIREZIONI SANITARIE DISTRETTI OSPEDALIERI – DIRETTORI DISTRETTI SANITARI TERRITORIALI</p>	<p>2.5 B - Attuazione delle direttive regionali</p>	<p>SI</p>	<p>2.5 B – Con delibera n 281 del 27 aprile 2017 è stata approvata l’adesione alla Ricerca 2015.</p> <p>Sono stati individuati e segnalati i componenti della equipe locale, composta da 5 riferimenti civici e operatori aziendali; il team ha partecipato ad una giornata formativa (giugno) e la check list è stata sottoposta alle direzioni di presidio ospedaliero; si sono realizzati incontri nei PP.OO. Nel mese di luglio i dati raccolti sono stati digitati come da cronoprogramma.</p>
		<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 A 1) PDТА Frattura femore (2017))</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 –Tutte le linee guida cliniche attraverso i PDT sia in ambito Ospedaliero che Territoriale sono state implementate secondo le</p>

		<p>2.6 A 2) PDTA in pazienti con Fibrillazione Atriale (2017) 2.6 A 3) PDTA Scopenso cardiaco (2017) 2.6 A 4) PDTA Carcinoma colon retto (2017) 2.6 A 5) PDTA Carcinoma polmone (2017) 2.6 A 6) PDTA in Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico (2017)</p> <p>REFERENTE PNE - DSA</p>			direttive Regionali
2.7 Appropriatezza	10%	<p>2.7 A - Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)</p> <p>DIREZIONI SANITARIE DISTRETTI OSPEDALIERI - UFFICI SDO</p>	2.7 A - Rispetto degli adempimenti previsti	SI	Si
2.8 Outcome	10%	<p>2.8 A - Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE</p> <p>REFERENTE PNE - DSA</p>	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	—	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento		Anno 2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31/12/2017	
3.1 Rimodulazione rete ospedaliera DIREZIONE AZIENDALE - DIRETTORI DISTRETTI OSPEDALIERI	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. Si è in attesa della ulteriore revisione dell'Assessorato per adeguare la rete ospedaliera al D.M. 70/2015
3.2 Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione DIREZIONE AZIENDALE DIRETTORI DISTRETTI OSPEDALIERI	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	Sono stati attivati i P.L di Leonforte; in fase di attivazione i P.L. di Nicosia e Piazza Armerina
3.3 Ottimizzazione delle reti assistenziali DIREZIONE GENERALE- DIR DISTRETTO OSP.EN2	5%	3.3 A Implementazione SUAP	3.3 A Completa attivazione dei 10 pl previsti SUAP	SI entro 2017	In linea con il decreto 629/2017 sono stati rimodulati l'Atto Aziendale e la nuova pianta organica, entrambi approvati dall'Assessorato

3.4 Rete IMA UU.OO. UTIC e CARDIOLOGIA	20%	3.4 A Osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI	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	Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida	Tutti i tempi previsti dalle linee guida vengono rispettati.
3.5 Miglioramento sistema delle Cure palliative domiciliari DIR. HOSPICE UOC ASB E CURE DOM.	5%	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	3.5 A - Somministrazione questionari per la valutazione della soddisfazione del servizio	SI/NO	3.5 A –No per mancanza di personale
3.6 Rete regionale dello Stroke Unit Livello II UOC NEUROLOGIA	20%	3.6 A -Implementazione della rete regionale Stroke Unit attraverso la realizzazione di PDTA con centri del bacino centrale siciliano	3.6 A - Realizzazione PDTA	SI/NO	Acquisiti i monitor per attivazione di 2 P.L.
3.7 Adesione alla Re.O.S. UU.OO. ONCOLOGIA , SIAV, RADIOLOGIA. ANATOMIA PATOLOGICA, GINECOLOGIA, CHIRURGIA GEN.	20%	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	3.7 A -Completa attuazione delle Linee Guida regionali 3.7 B - applicazione progetto 3.7 C -100%	SI/NO SI/NO 100%	3.7 A – Si rimane in attesa di ricevere indicazioni da parte dell'Assessorato dopo l'approvazione del Piano Sanitario Regionale 3.7 B – Previsti percorsi di diagnosi e cura per le principali patologie oncologiche in collaborazione con tutte le U.O.C interessate. 3.7 C –In fase di piena attuazione in collaborazione con l'U.O.C. di FKT. Nell'ambito del miglioramento delle prestazioni erogate e della qualità percepita da novembre 2017 in collaborazione con la CNA è stato istituito all'interno della U.O.C Oncologia un angolo estetico per migliorare la qualità di vita dei pazienti e dove si prevedono numerose iniziative.

<p>3.8</p> <p>Implementazione percorsi di integrazione Ospedale Territorio</p> <p>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 -Si -n. 311 gravide/n 9 parti =34.28%</p>
<p>3.9</p> <p>Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica</p> <p>SIIV, CENTRO GESTIONALE SCREENING, UOC OTORINO, UOC OCULISTICA</p>	<p>10%</p>	<p>3.9 A -Promozione screening uditivo neonatale</p> <p>3.9 B -Promozione screening oftalmico</p>	<p>N° soggetti testati / N° neonati</p>	<p>95%</p>	<p>3.9 A Soggetti testati: 1020/1027 (99%)</p> <p>3.9 B- Soggetti testati: 515/1027 (50%)</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		Anno 2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo Al 31/12/2017	
4.1 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 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)	10%	4.1 A- Standardizzazione delle procedure 4.1 B - Pianificare l'entrata a regime delle procedure relative alle dimissioni facilitate	4.1 A- N. incontri formativi/informativi tra specialisti ospedalieri/ Distretti Territoriali 4.1 B n. di dimissioni facilitate nel 2017 > n. dimissioni facilitate 2016	4.1 A- 2 incontri per Distretto ospedaliero 4.1 B - > 20%	4.1 A- Si sono intensificati nel corso dell'anno i contatti con le singole UU.OO. Ospedaliere e i Distretti Territoriali; detti contatti hanno assunto valenza informativa formativa e hanno portato alla revisione della modulistica mirata a favorire la presa in carico dei pazienti, nonché l'attivazione del sistema per la gestione informatica delle Dimissioni facilitate 4.1 B Distretto Sanitario di Nicosia: n. 316 diabete mellito, n. 126 scompenso cardiaco (anno 2017) Distretto Sanitario di Agira - numero molto limitato a causa della carenza di comunicazione fra le strutture Distretto Sanitario di Piazza Armerina: n. 95 (anno 2017) Distretto di Enna: n. 220 anno 2017 – n. 127 anno 2016 = 73%

<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>4.1 A 1) - N. di soggetti presi in carico</p> <p>4.1 A 2) - N. di pazienti con Diabete di I° e II° livello presi in carico inviati al Centro di riferimento di CL</p>	<p>4.1 A - 30% > rispetto al 2016 (197 pz 2015)</p> <p>4.1 A - 100%</p>	<p>4.1 A 1) 339(2016) - 450(2017) (32%)</p> <p>4.1 A 2) 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 protette con presa in carico Uffici Territoriali</p>	<p>4.3 A - n. di dimissioni protette nel 2017 > n. dimissioni protette 2016</p>	<p>> 20%</p>	<p>4.3 A</p> <p>Distretto Sanitario di Piazza Armerina: dimissioni protette n. 13 RSA e n. 19 ADI (anno 2017)</p> <p>Distretto Sanitario di Nicosia: n.146 (anno 2017) (n. 98 anno 2016) = 53%</p> <p>Distretto Sanitario di Agira: n. 75 (anno 2017)</p> <p>Distretto Sanitario di Enna: n. 163 (anno 2017), n. 119 anno 2016 = 37%</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 PHT (d.p.c.)</p> <p>4.4 C - Monitoraggio mensile sullo stato dell'arte relativo al sub obiettivo per appropriatezza prescrittiva con eventi formativi</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 almeno due eventi formativi</p>	<p>Report di farmanalisi su contrazione spesa farmaceutica come da DA</p>	<p>4.4 A- Si</p> <p>4.4 B Lieve decremento</p> <p>4.4 C- Si</p>

<p>4.5</p> <p>Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non autosufficienza/disabilità e M. di Alzheimer</p> <p>REFERENTE AZIENDALE ALZHEIMER</p>	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 U.V.A. aziendale e costituzione del primo Centro per i disturbi Cognitivi e per le Demenze che integrava l'attività di una equipe multidisciplinare. Con atto deliberativo è stato disposto un avviso per il conferimento a tempo determinato di n. 4 figure professionali specialistiche per il potenziamento del CDA di Piazza Armerina. In fase di revisione; parte della procedura è stata annullata ed è pertanto ancora in itinere
<p>4.6</p> <p>Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza</p> <p>SERVIZIO MATERNO-INFANTILE TERRITORIALE</p>	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 – n. 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.	4.7 A 1) Redazione PDTA 4.7 A 2) Diffusione ed applicazione PDTA 4.7 A 3) Partecipazione Progetto Implementazione Codice Rosa (In collaborazione con AO Papardo)	SI /NO	4.7 A 1) 4.7 A 2) 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	4.8 A 1) - Approvazione nuovi PTI (Progetti Terapeutici Individuali) e aumento Albo Aziendale delle Imprese del privato-sociale, imprenditoriale, delle Ass.	4.8 A 1) - SI/NO	4.8 A 1 SI (Piena attuazione di ogni azione predittiva ed avviamento ad oltre 50 progetti terapeutici individualizzati)

			<p>Volontariato che posseggano i requisiti per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari</p> <p>4.8 A 2) - Condivisione budget di Salute con tutti membri del PAL</p> <p>4.8 A 3) - Almeno 20 pz seguiti con il PAL</p>	<p>4.8 A 2) - SI/NO</p> <p>4.8 A 3) - >20</p>	<p>4.8 A 2) – SI</p> <p>4.8 A 3) n. 50 pazienti.</p>
<p>4.9</p> <p>Definizione di modelli di assistenza ai bambini ed adolescenti con “disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta”</p> <p>NPIA</p>	<p>5%</p>	<p>4.9 A - Implementazione attività di specifiche per l'abilitazione dei Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta</p>	<p>4.9 A – Formazione comune degli operatori della UOC NPIA con approfondimento delle tecniche riabilitative cognitivo-comportamentali.</p> <p>4.9 B – attivazioni percorsi terapeutici, Parent training, Teacher training e Child training</p> <p>4.9 C – n° di trattamenti con percorsi riabilitativi di tipo cognitivo comportamentale specifici effettuati su minori.</p>	<p>4.9 A – attivazione di almeno 1 percorso</p> <p>4.9 B – attivazioni di almeno 1 percorso per distretto</p> <p>4.9 C – almeno 30 trattamenti per Distretto</p>	<p>4.9 A – Si -I corsi sono stati effettuati nel 2016</p> <p>4.9 B – Si- attivazione di 4 percorsi per ogni distretto</p> <p>4.9 C- n. medio ogni distretto 290</p>

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		Anno 2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2017	
5.1 Comunicazione URP AZIENDALE UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE UOESPA	25%	5.1 A – Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi	Relazione sull'attività svolta	SI/NO	5.1 A – Con il Coordinatore Locale Trapianti, Dirigente UOESPA e con gli esponenti delle associazioni è stata promossa la partecipazione dell'ASP di Enna alla Giornata per la Speranza e lotta alla patologie tumorali con materiale divulgativo. Ulteriori eventi realizzati: n 2 incontri con le scuole n 7 banchetti informativi presso i 4 PP.OO. in sinergia con l'AIDO. n 2 corsi di formazioni per operatori aziendali. Durante le iniziative realizzate sono state inserite nella banca dati nazionale dei Trapianti n. 83 dichiarazioni di volontà alla donazione di cittadini della provincia di Enna
5.2 Formazione DIREZIONE AZIENDALE UOS FORMAZIONE	25%	5.2 A - Assegnazione risorse alla struttura formazione aziendale (art. 6,7 D.A. 1771/2012)	5.2 A 1) risorse umane attribuite/risorse umane previste 5.2 A 2) budget assegnato/ budget previsto	5.2 A 1) $\geq 80\%$ 5.2 A 2) $\geq 50\%$	5.2 A 1) n. 5 unità/6 = 80% 5.2 A 2) Budget assegnato 2017 con del. 1036 del 21/12/2013 € 60.345,35. Il budget è stato integrato nel corso dell'anno stimato in € 93.390,68/anno 2016 con del. N. 32/2016 € 105.503,04. €93.390,68/€105.503,04=88%

<p>5.3 Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria</p> <p>DIREZIONE AZIENDALE</p>	<p>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 SIRS.</p> <p>5.3.B - Relazione sui progetti elaborati presentati e sulle attività formative/informative svolte dai SIRS</p>	<p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p>	<p>5.3. A - No per carenza di personale</p> <p>5.3.B-Accordata partnership a progetti presentati da soggetti esterni all'ASP</p>
<p>5.4 Telemedicina</p> <p>CED</p>	<p>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>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 di sistemi di telemedicina.</p> <p>Ha altresì trasmesso degli esempi di applicazione nei vari ambiti.</p>