



PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

2019/2020/2021

AREA DI INTERVENTO 1		Sanità Pubblica e Prevenzione				
		Punteggio: 5				
Interventi previsti	Peso intervento	Referente Aziendale di intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note
				Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2021	
1.1 – Sanità veterinaria	20%	Direttore Dipartimento Veterinario	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%	
			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% ≤ 30gg 75% ≤ 32gg 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 nel 2018	1.1.E - Percentuale di riduzione della prevalenza	1.1.E – 15%	

1.2 – Sicurezza alimentare	20%	LPS	1.2.A Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS);	1.2.A – Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri Laboratori Pubblici)	1.2.A – SI/NO	
		Responsabile SIAN	1.2.B Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché: Piano Nazionale Residui	1.2.B –Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12 rispettivamente, entro il 31 Luglio ed il 31 Gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata	1.2.B – SI/NO	
			1.2.C Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo e aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	1.2.C – Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 sicurezza Alimentare	1.2.C – SI/NO	
1.3 – Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive	20%	Responsabile U.O. di Epidemiologia SIAV	1.3.A - Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)	1.3.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente	1.3.A 92 – 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	
			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 (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017 – nota prot. n. 76451 del 16 Ottobre 2018 – disposizioni operative vaccini)	1.3.B - Relazione sulle attività svolte	1.3.B - SI/NO	

			1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	1.3.C - Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale	1.3.C – SI/NO	
			1.3 D – Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – NOTA Prot. n. 71734 del 28/09/2018)	1.3D – Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	1.3.D – SI/NO	
			1.3.E - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	1.3.E – Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale	1.3.E - 100 %	
			1.3.F- Notifica delle malattie infettive	1.3F – notifica infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	1.3.F – 70%	
1.4 – Tutela ambientale	20%	UTIN	1.4.A – Sorveglianza Malformazioni Congenite	1.4.A – Segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto 2017	1.4.A – SI/NO	
		Responsabile OUEPSA	1.4.B - PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute	1.4.B – Raggiungimento degli standard previsti dal PRP line 2.8 ambiente e salute al 31/12/2019	1.4.B – SI/NO	
		Responsabile SPresaL	1.4.D - Amianto	1.4.D – registro mesoteliomi Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019	1.4.D - >80% al 31/12/2019	
		Responsabile SIAV e OUEPSA	1.4. E - 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)	1.4.E – Invio Report entro il 30/10/2019	1.4.E – SI/NO	
1.5 – Prevenzione nei luoghi di lavoro	20%	Responsabile Spresal	1.5.A Sorveglianza Lavoratori ex esposti	1.5.A – Invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	1.5.A – SI/NO	

AREA DI INTERVENTO 2		Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti				
		Punteggio 9				
Interventi previsti	Peso intervento	Referente Aziendale di intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note
				Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2021	
2.1 Sicurezza dei Pazienti	3 punti	Direzione sanitaria PP.OO. Rischio Clinico	2.1 A - Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Sarà valutata: 1) la percentuale di completezza*1 della compilazione della Scheda A e della Scheda B*2 degli interventi sentinella, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES) 2) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	90%	
			2.1 B - Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	2.1 B valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	
			2.1 C - Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	2.1 C 1) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR 2.1 C 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	2.1 C 1) SI 2.1 C 2) 100%	

		U.O. Farmacia Ospedaliera U.O. Farmacia Territoriale Rischio Clinico Dipartimento Prevenzione Dipartimeno Prevenzione Veterinario Lab. Analisi UOC Malattie Infettive	2.1 D Aderenza agli Obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PINCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n°1162 del 27 Giugno 2018	Aderenza agli obiettivi e alle direttive	SI	
		Direzione Sanitaria PP.OO.	2.1. E adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi e alle direttive	SI	
2.2 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti	1 punto	URP	2.2 A - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	2.2 A - Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita	SI	
			2.2 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	2.2 B - Attuazione delle direttive regionali	SI	
2.3 PDTA	1 punto	Dir. Dipartimento di Competenza - Distretti Sanitari Territoriali	2.3 A - Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali	2.3 A Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali	SI	

2.4 Appropriatezza	1 punto	Direzione Sanitaria PP.OO.	2.4 A - Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	2.4 A - Rispetto degli adempimenti previsti	SI	
2.5 Outcome	1 punto	Direzione Sanitaria PP.OO.	2.5 A - Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	2.5 A Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	
2.6 Consolidamento della raccolta delle Emazie concentrate nel plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati	2 punti	Centro Trasfusionale	<p>2.6.A - Rispetto delle previsioni di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17/01/2019) presso le Aziende sanitarie (ASP – AO – ARNAS – AOU) delle provincie di AG, CL, CT, EN, PA, RG, SR, TP.</p> <p>2.6.B - Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a 60kg rispetto alla quantità di plasma raccolta nel 2018</p>	<p>2.6.A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% con l'attribuzione di 1 punto al raggiungimento della previsione 2019 <p>2.6.B</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della quantità di Plasma prevista per il sub-obiettivo 2 pari a +60kg di Plasma rispetto al 2018 • La riduzione tra la previsione di raccolta (60 Kg) non superiore al 10% sarà valutato con 0.8 punto • Per scostamenti > al 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto 	SI	

Assistenza Territoriale ed Integrazione Socio-sanitaria e Privacy

Punteggio: 9

Area di intervento 3		Assistenza Territoriale ed Integrazione Socio-sanitaria e Privacy					
Interventi previsti	Peso intervento	Referente Aziendale di intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento			Note
				Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2019	Valore obiettivo anno 2021	
3.1 Cronicità	1 Punto	Distretti Sanitari Territoriali	3.1.A Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c (EMOGLOBINA GLICATA) >= 6.5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	3.1.A Diabetici e scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. Pazienti media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100	3.1.A > 90%	3.1.A > = 90%	
3.2 Fragilità	1 Punto	DSM	3.2.A Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	3.2.A completamento procedure di reclutamento del personale per i servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi 3.2.B Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	3.2.A SI/NO	3.2.B attivazione di almeno un Centro pubblico o privato convenzionato	

3.3 Disabilità e Non Autosufficienza	6	2	U.O.C. Medicina di Base	3.3.A Implementazione dei PUA/ Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i Front-Office distrettuali per i portatori di disabilità	3.3.A piena realizzazione delle linee guida assessoriali relative al PUA compresa la realizzazione della procedura per i portatori di disabilità	3.3.A SI	3.3.A SI	
		2	Distretti Sanitari Territoriali	3.3.B Liquidazione indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini stabiliti dalle Direttive assessoriali	3.3.B Tempestivo pagamento del 100%	3.3.B SI	3.3.B SI	
		2	Distretti Sanitari Territoriali	3.3.C Attuazione delle valutazioni multidimensionali (UVM) effettuate presso il domicilio dell'utenza	3.3.C n. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali = X100	3.3.C >=80%	3.3.C >=80%	
3.4 Privacy	1 punto	Direzione Strategica Aziendale D.P.O. aziendale	3.4 Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati	3.4 Costituzione ufficio per la protezione dei dati Costituzione gruppo di lavoro	3.4 SI/NO	3.4 SI		