



**PIANO ATTUATIVO AZIENDALE
PROPOSTA 2016-2017**

Schede di sintesi

AREA DI INTERVENTO 1		Sanità Pubblica e Prevenzione			
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		UU.OO. COINVOLTE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
1.1 – Sanità veterinaria		<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>	Servizio Veterinario

<p>1.2 – Sicurezza alimentare</p>	<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>S.I.A.N.</p> <p>-</p> <p>Servizio Veterinario</p>
<p>1.3 – Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive</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 sulle evidenze 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% Coorti 2014 2ª dose- 95% Coorti 2000 e 1998 Varicella 1ª dose-95% Coorti 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>IGIENE PUBBLICA</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>	
1.4 – Tutela ambientale		<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 "focalpoint" ((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>	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
1.5 – Prevenzione nei luoghi di lavoro		<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.B Attuazione direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale</p>	<p>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</p> <p>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.</p>	<p>1.5.A – SI/NO</p> <p>1.5.B – SI/NO</p>	S.Pre.S.A.L.

Area di intervento 2		Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti*			
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		UU.OO COINVOLTE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
2.1 Sicurezza dei Pazienti		2.1 A - Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	2.1 A 1) la segnalazione della totalità degli eventi sentinella rispetto a quelli conosciuti (SIMES)	SI	Rischio Clinico
			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	2.1 B valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	Rischio Clinico

	<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>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>Rischio Clinico</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>2.1 D Monitoraggio annuale e produzione report</p>	<p>100% delle azioni programmate</p>	<p>UOC oncologia UOC Farmacia Ospedaliera</p>
	<p>2.1 E - Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali</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>UOC Anestesia e Rianimazione</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>2.1 F Realizzazione autovalutazione su piattaforma Qualitasicilia SSR</p>	<p>SI</p>	<p>UOC UTIN UOC Ostetricie e Ginecologia</p>
	<p>2.1 G - Aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza</p>	<p>2.1 G Aderenza alle indicazioni regionali</p>	<p>SI</p>	<p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri</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 territoriale</p> <p>2.1 H 3) AntimicrobialStewardship</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>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>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri</p> <p>URP Aziendale</p> <p>UOC Farmacia Ospedaliera</p> <p>UOS Farmacia Territoriale</p> <p>UOESPA</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>f2.1 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>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>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri</p>

2.2 Monitoraggio dei Tempi di Attesa	<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 favorevoli e 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 dell'art. 2 di cui all'art. 2 D.A. 439 – 2015 da pubblicare su web aziendale.</p>	SI	UOC Medicina Specialistica
	<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%	UOC Medicina Specialistica
	<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	UOC Medicina Specialistica

	<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>	2.2 D - Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa	SI	UOC Medicina Specialistica
	<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><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>	UOC Medicina Specialistica
<p>2.3</p> <p>Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa</p>	<p>2.3 A - Pubblicare e puntualmente aggiornare, sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste attesa/tempi attesa".</p>	2.3 A Evidenza di Pubblicazione e aggiornamento sul Web	Si	UOC Medicina Specialistica CED

<p>2.4</p> <p>Formazione dei professionisti</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>UOC Materno infantile</p> <p>UOS Formazione</p>
<p>2.5</p> <p>Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti</p>		<p>2.5 A - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale</p>	<p>2.5 A - Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita</p>	<p>SI</p>	<p>URP Aziendale</p> <p>Direzioni sanitarie</p> <p>Distretti Ospedalieri</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>2.5 B - Attuazione delle direttive regionali</p>	<p>SI</p>	<p>URP Aziendale</p> <p>Direzioni sanitarie</p> <p>Distretti Ospedalieri</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>2.5 C - Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore</p>	<p>SI</p>	<p>UOC Anestesia e Rianimazione</p>
<p>2.6</p> <p>PDTA</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) PDTA Frattura femore (2016, 2017))</p> <p>2.6 A 2) PDTA in pazienti con Fibrillazione Atriale (2017)</p> <p>2.6 A 3) PDTA Scopenso cardiaco (2017)</p> <p>2.6 A 4) PDTA Carcinoma colon retto (2017)</p> <p>2.6 A 5) PDTA Carcinoma polmone (2017)</p> <p>2.6 A 6) PDTA in Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico (2017)</p>	<p>2.6 A Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA</p>	<p>SI</p>	<p>Referente PNE</p> <p>DSA</p>

2.7 Appropriatezza		2.7 A - Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	2.7 A - Rispetto degli adempimenti previsti	SI	Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri Uffici SDO
2.8 Outcome		2.8 A - Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	2.8 A Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	Referente PNE DSA

Area di intervento 3		Reti Assistenziali			
Interventi Previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento		UU.OO. COINVOLTE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo	
3.1 Rimodulazione rete ospedaliera		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	Direzione Generale
3.2 Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione		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		Direzione Generale
3.3 ottimizzazione delle reti assistenziali		3.3 A Implementazione SUAP	3.3 A Completa attivazione dei 10 pl previsti SUAP		Direzione Generale
3.4 Rete IMA		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 coronografia	Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida	UU.OO. UTIC e Cardiologia

3.5 Miglioramento sistema delle Cure palliative domiciliari		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 - Realizzazione e somministrazione questionari per la valutazione della soddisfazione del servizio	SI/NO	Dir. Hospice UOC ASB e Cure Dom.
3.6 Rete regionale dello Stroke Unit Livello II		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	UOC Neurologia
3.7 Adesione alla Re.O.S.		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%	UU.OO.CC. Oncologia , SIAV, Radiologia. Anatomia Patologica, Ginecologia, Chirurgia Gen.
3.8 Implementazione percorsi di integrazione Ospedale Territorio		3.8 A -Promozione del percorso nascita nei consultori	3.8 A -N° di gravide prese in carico dai consultori / N° parti	>30%	Direttori Punti Nascita Enna e Nicosia Dir. Servizio Materno-Infantile Territoriale
3.9 Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica		3.9 A -Promozione screening uditivo neonatale 3.9 B -Promozione screening oftalmico	N° soggetti testati / N° neonati	95%	SIAV, CENTRO GESTIONALE SCREENING, UOC OTORINO, UOC OCULISTICA

Area di intervento 4		Assistenza Territoriale			
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		UU.OO. COINVOLTE
			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>4.1 A - Pianificare l'entrata a regime delle procedure relative alle dimissioni facilitate</p> <p>4.1 B - Standardizzazione delle procedure</p>	<p>4.1 A - N. pz dimessi con patologia target /n pz presi in carico dal territorio</p> <p>4.1 B - N. incontri formativi/informativi tra specialisti ospedalieri/ Distretti Territoriali</p>	<p>4.1 A - Almeno (=>) 60%</p> <p>4.1 B - 2 incontri per Distretto ospedaliero</p>	<p>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>
<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>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 2015 (197 pz 2015)</p> <p>4.1 A - 100%</p>	<p>Ref. Ambulatorio Obesità e Diabete</p>

4.3 Implementazione presa in carico pazienti non autosufficienti nel percorso ospedale-territorio		4.3 A - Incremento del numero delle dimissioni protette con presa in carico Uffici Territoriali	4.3 A - n. di dimissioni protette nel 2017/n. dimissioni protette 2015	> 20%	Direttori di Presidio Ospedaliero; Direttori di Distretto;
4.4 Riduzione della Spesa Farmaceutica Convenzionata		4.4 A - Realizzazione delle azioni previste dal DA 536/1206 per il raggiungimento degli obiettivi previsti nello stesso. 4.4 B - Implementazione e monitoraggio della distribuzione Per Conto dei medicinali inclusi nel PHT (d.p.c.) 4.4 C - Monitoraggio mensile sullo stato dell'arte relativo al sub obiettivo per appropriatezza prescrittiva con eventi formativi	4.4 A - Individuazione degli obiettivi per i MMG attraverso incontri dedicati con le figure previste del DA. 4.4 B - Aumento numero di ricette in DPC 4.4 C - Report distrettuali Mensili su appropriatezza e almeno due eventi formativi		Servizio Farmaceutico Territoriale
4.5 Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non autosufficienza/disabilità e M. di Alzheimer		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 14	SI/NO	Ref. Aziendale Alzheimer
4.6 Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza		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)	Servizio Materno-Infantile Territoriale

<p>4.7</p> <p>Implementazione Codice Rosa</p>		<p>4.7 A - Redazione ed applicazione PDTA con i P.S.</p>	<p>4.7 A 1) - Redazione PDTA</p> <p>4.7 A 2) – Diffusione ed applicazione PDTA</p>		<p>Servizio Materno-Infantile Territoriale MCAU</p>
<p>4.8</p> <p>Attuazione linee guida piano Strategico Regionale per la Salute Mentale</p>		<p>4.8 A - Implementazione del Piano di Azione locale nell'ambito del piano strategico regionale per la salute mentale</p>	<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 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 1) - SI/NO</p> <p>4.8 A 1) - SI/NO</p> <p>4.8 A 1) - >20</p>	<p>DSM</p>
<p>4.9</p> <p>Implementazione attività ambulatoriali</p>		<p>4.9 A - Implementazione attività di specifiche per l'abilitazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento presso i distretti territoriali</p>	<p>4.9 A - Apertura di doposcuola specifici per l'abilitazione dei DSA presso i distretti territoriali</p>	<p>Almeno7</p>	<p>DSM - NPI</p>

AREA DI INTERVENTO 5	Sviluppo organizzativo				
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		UU.OO. COINVOLTE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
5.1 Comunicazione		5.1 A – Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi	Relazione sull'attività svolta	SI/NO	URP Aziendale UOC Anestesia e Rianimazione UESPA
5.2 Formazione		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) $\geq 50\%$	Direzione Generale
5.3 Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria		5.3.A – Costituzione e/o completamento uffici SIRS mediante l'istituzione di una Unità Operativa Semplice con personale dedicato (Direttiva n. 15730/2015 e successive integrazioni) 5.3.B - Elaborazione e presentazione di progetti su bandi Regionali, Nazionali e Internazionali.	5.3.A – Delibera aziendale e relazione sulle attività svolte dai SIRS 5.3.B - Relazione sui progetti elaborati presentati	5.3.A – SI/NO 5.3.B – numero progetti elaborati presentati >30% rispetto 2015	Direzione Generale

5.4 Telemedicina		5.4.A - Proposta di progetti di Telemedicina 5.4.B - Partecipazione del personale a incontri formativi in materia di Telemedicina	5.4.A - Predisposizione e formalizzazione di un progetto di Telemedicina 5.4.B - Numero di unità di personale che partecipano agli incontri formativi	5.4.A - 1 5.4.B - Almeno due per Azienda	
---------------------	--	--	--	---	--