



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		Aggiornamento risultati al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
1 – Sanità veterinaria Servizio Veterinario	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%	1.1.A – bovine 1312/1312 = 100% - Ovi caprine 1157/1157 = 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% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	1.1.B – 25 giorni
		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.C – 47 giorni
		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.D – 84/1312= 6,4% Aziende bovine 78/1157=6,74% Aziende ovi-caprine
		1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	1.1.E - Percentuale di riduzione della prevalenza	1.1.E – 15%	1.1.E > BR BOV anno 2015=1,87 anno 2016=1,37 =<15% BR Ov-CP anno 2015 2,75 anno 2016= 1,82 = <15%

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<p>1.2 – Sicurezza alimentare</p> <p>S.I.A.N.</p> <p>-</p> <p>Servizio Veterinario</p>	<p>20%</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>1.2.A – SI i Flussi vengono inviati e caricati regolarmente</p> <p>1.2.B – stesura, approvazione ed invio del provvedimento effettuata a cura della Direzione Sanitaria</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 evidence 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.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.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.C – SI/NO</p>	<p>1.3.A</p> <p>Morbillo Parotite Rosolia</p> <p>1a dose =98% Coorte 2014</p> <p>2a dose- =98 % Coorti 2000 e 1998</p> <p>Varicella</p> <p>1a dose=90% Coorte 2014</p> <p>2a dose = 90% Coorti 2000 e 1998</p> <p>1.3.B – SI</p> <p>1.3.C - SI</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

		<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.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.D - > dell'80 %</p> <p>1.3.E -100%</p> <p>1.3.F – 70%</p>	<p>1.3.D - > nessun caso registrato</p> <p>1.3.E – nessun focolaio registrato</p> <p>1.3.F – dato disponibile a feb 17 dopo analisi SDO</p>
<p>1.4 – Tutela ambientale</p> <p>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 "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>	<p>E' stato individuato il referente ed il relativo gruppo di lavoro con atto deliberativo</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<p>1.5 – Prevenzione nei luoghi di lavoro</p> <p>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.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 – Effettuati 13 sopralluoghi (11 edilizia e 2 agricoltura). Formazione 9 corsi effettuati (6 edilizia e 3 agri.)</p> <p>1.5.B – SI/NO</p>	<p>1.5 A Criticità: carenza di personale e blocco assunzioni. In atto in organico due TdP.(avviate le procedure per l’indizione di un bando per incarichi libero professionali). Si presume un netto incremento entro il 31.12 16. e un adeguamento a regime nel corso del 2017</p> <p>1.5.B – SI - attivata sorveglianza sanitaria ex esposti. Effettuata la sorveglianza come da elenchi INAIL con n.5 adesioni ex-esposti. Il servizio ha partecipato al gruppo di lavoro regionale per le l’attuazione delle direttive sulle Attività di controllo di aziende per rischio agenti cancerogeni</p>
--	------------	---	--	--	--

Area di intervento 2 Punteggio 9		Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti 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		Aggiornamento risultati al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
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	Si incorso come da cronoprogramma interno
			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	Si

		<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 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>Fatto gruppo di lavoro che ha partecipato al convegno regionale fatto a Catania individuati referenti per singolo presidio</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>Avviato programma informatico con la farmacia e l'oncologia per il controllo e la tracciabilità delle prescrizioni (come da cronoprogramma)</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) autovalutazione sulla piattaforma qualitasiciliassr.it</p> <p>2.1 E 2) Si sta procedendo alla nomina dei nuovi osservatori checklist</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 style="text-align: center;">UOC UTIN-UOC Ostetricie e Ginecologia</p>	<p>2.1 F Realizzazione autovalutazione su piattaforma Qualitasicilia SSR</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>Adesione fatta, rinnovati CIO e Gruppi operativi</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>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>SI</p> <p>CIO e Gruppi operativi già operativi con la pianificazione di quanto previsto</p> <p>Campagna di comunicazione già in avanzata fase di realizzazione. Previsti due incontri ECM con MMG e PLS e Medici Ospedalieri nel II° semestre 17</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>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>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>	<p>In fase di predisposizione il team aziendale</p> <p>Già avviate sia la predisposizione delle schede che gli audit</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

		<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>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri</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>2.2</p> <p>Monitoraggio dei Tempi di Attesa</p> <p>UOC Medicina Specialistica</p> <p>Allegati PAA 2016\Area di Intervento 2\relazione PAA Medicina specialistica.pdf</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 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>	<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>Partecipazione ai lavori della Cabina di Regia Regionale per il Governo delle liste di attesa istituita come da D.A. Non essendoci altre Aziende erogatrici nell'ambito del territorio ASP, si è comunque proceduto alla costituzione di un gruppo di lavoro intraaziendale con il compito di analizzare l'offerta, le liste di attesa e di proporre, ove del caso, interventi correttivi (rimodulare dell'offerta, attivazione di nuovi punti di erogazione ecc....)</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

	<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>Relativamente alle prestazioni ambulatoriali (Flusso C ed M) tutti i campi sono regolarmente implementati ed è garantita la partecipazione ai monitoraggi semestrali regionali. Pertanto è possibile il monitoraggio sia <i>ex-ante</i> che <i>ex-post</i></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>Effettuata regolarmente</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>	<p>SI</p>	<p>SI – Le strutture private accreditate insistenti nel territorio dell'ASP sono state acquisite al CUP aziendale in modalità web per le 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><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>Vengono trasmessi regolarmente il monitoraggio 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>Le liste di attesa vengono, con cadenza periodica, pubblicata sull'apposita sezione del sito web aziendale</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<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) formazione in corso di programmazione da parte del CEFPAS, in attuazione DA2109/2016</p> <p>2.3 A 2) segnalati 2 Anestesisti P.O. Basilotta Nicosia per corso su "Anestesia e Analgesia nel Parto" tenutosi il 13 e 14 Dic2016</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 Distretti Ospedalieri - Direttori Distretti sanitari Territoriali</p>	<p>2.5 A - Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita</p>	<p>SI</p>	<p>Le direttive vengono applicate regolarmente sui report ricevuti quadrimestralmente</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>Le direttive vengono applicate regolarmente</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>I Referenti aziendali hanno partecipato agli Audit</p>

		UOC Anestesia e Rianimazione			
2.6 PDТА	10%	<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 (2016, 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>	2.6 A Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDТА	SI	Si con atto deliberativo 651 del 31/08/2016
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	SI

Area di intervento 3 Punteggio 1		Reti Assistenziali Referente Aziendale Dott. R. Cunsolo			
Interventi Previsti	---	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento		Aggiornamento risultati al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo	
3.1 Rimodulazione rete ospedaliera Direzione Aziendale - Direttori Distretti Osp.	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 attesa di indicazioni assessoriali sull'applicazione del nuovo DA rete ospedaliera e nuova pianta organica
3.2 Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione Direzione Aziendale Direttori Distretti Osp.	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 attesa di indicazioni assessoriali sull'applicazione del nuovo DA rete ospedaliera e nuova pianta organica
				SI entro 2017	In attesa di indicazioni assessoriali sull'applicazione del nuovo DA rete ospedaliera e nuova pianta organica

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

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		
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	Tutte le procedure rispettano i tempi previsti dalle linee guida
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 - Realizzazione e somministrazione questionari per la valutazione della soddisfazione del servizio	SI/NO	SI Questionario realizzato
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	Arrivati i monitor per l'avvio delle attività c/o Neurologia Enna. PDTA aziendali predisposti

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<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>Si</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>192 gravidanze prese in carico/ 554 parti nei comuni dove insiste il consultorio = 35%</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 - tutti i neonati vengono sottoposti a screening prima della dimissione; il secondo screening, ad un mese dalle dimissioni, è legato al luogo di residenza (preferenza per strutture più prossime al luogo di residenza, anche in altre province) 3.9 B - il servizio è ufficialmente attivo da Giugno 2016. P.O. Umberto I° : 180 soggetti testati (riflesso rosso e studio della retina); P.O. Basilotta: 50 soggetti testati</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>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 – un incontro è avvenuto il 27/10/2016 e 16/11/2016. 1e 2 dic evento formativo sulle dimissioni facilitate</p> <p>4.1 B – Dato non disponibile</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<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 2015 (197 pz 2015)</p> <p>4.1 A - 100%</p>	<p>4.1 A – si visite nel 2016 339. è in conclusiva progetto d’intesa con le associazioni che gestiscono le piscine comunali per i soggetti presi in carico</p> <p>4.1 B – tutti i pz con Diabete diagnosticato vengono inviati al centro di riferimento regionale di CL (Dott. A. La Loggia)</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 2016 > n. dimissioni protette 2015</p>	<p>> 20%</p>	<p>Dato non disponibile</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>* a fondo pag. report di farmanalisi su contrazione spesa farmaceutica come da DA</p>	<p>SI</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<p>4.5</p> <p>Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non autosufficienza/disabilità e M. di Alzheimer</p> <p>Ref. Aziendale Alzheimer</p>	<p>10%</p>	<p>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</p>	<p>4.5 A - Adeguamento risorse umane come da progetto di PSN 13</p>	<p>SI/NO</p>	<p>La nomina dei componenti della Commissione esaminatrice è stata effettuata in data 14.10.2016 e la stessa si è insediata giorno 21.10.2016. il 18/11/2016 sono stati effettuate le prove orali dei candidati. È in corso la stesura dell'atto deliberativo per la pubblicazione della graduatoria definitiva.</p>
<p>4.6</p> <p>Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza</p> <p>Servizio Materno-Infantile Territoriale</p>	<p>10%</p>	<p>4.6 A - Attività di Monitoraggio</p> <p>4.6 B - Implementazione attività del Nucleo Aziendale</p>	<p>4.6 A - Distribuzione e valutazione schede di Monitoraggio</p> <p>4.6 B - Numero riunioni del Nucleo Aziendale</p>	<p>4.6 A - SI/NO</p> <p>4.6 B - Almeno 3 incontri (Verbali)</p>	<p>4.6 A – SI distribuita e in valutazione i 17 casi presi in carico al 30/6</p> <p>4.6 B - 3 incontri effettuati</p>
<p>4.7</p> <p>Implementazione Codice Rosa</p> <p>Servizio Materno-Infantile Territoriale - MCAU</p>	<p>10%</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>4.7 A 3)-Partecipazione Progetto Implementazione Codice Rosa(In collaborazione con AO Papardo)</p>	<p>SI/NO</p>	<p>In corso redazione PDTA aziendali. Si stanno identificando i locali da adeguare ai fini progettuali. Il 08/11/16 si è tenuto un incontro presso il centro di riferimento regionale A.O. Papardo di ME con l'approvazione della Procedura per il percorso "Codice Rosa"</p>
<p>4.8</p> <p>Attuazione linee guida piano Strategico Regionale per la Salute Mentale</p> <p>DSM</p>	<p>15%</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</p>	<p>4.8 A 1) - SI/NO</p> <p>4.8 A 1) - SI/NO</p>	<p>4.8 A 1) – SI Delibera n. 898 del 15/11/16</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

			<p>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>	4.8 A 1) - >20	<p>4.8 A 1) – SI 14 comuni hanno aderito</p> <p>4.8 A 1) SI 38</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>	5%	<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 – attivati 4 percorsi ciascuno specifici per fascia d'età .</p> <p>4.9 B – attivati 19 percorsi</p> <p>4.9 C – avviati 30 trattamenti per Distretto</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		Aggiornamento risultati al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
<p>5.1</p> <p>Comunicazione</p> <p>URP Aziendale</p> <p>UOC Anestesia e Rianimazione</p> <p>UOESPA</p>	<p>25%</p>	<p>5.1 A – Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi</p>	<p>Relazione sull'attività svolta</p>	<p>SI/NO</p>	<p>Sono state realizzate 4 giornate per la sensibilizzazione sulla donazione degli organi e la raccolta delle dichiarazioni di volontà alla donazione, in collaborazione con l'AIDO. È previsto un altro banche il 15 novembre</p> <p>Ad oggi non si è registrato nessun caso di morte cerebrale.</p> <p>È stato effettuato un espianto di cornee a domicilio per un pz deceduto per morte cardiaca. Un secondo espianto multiorgano nelle sale operatorie Umberto I° ad ott 16</p>
<p>5.2</p> <p>Formazione</p> <p>Direzione Aziendale</p> <p>UOS Formazione</p>	<p>25%</p>	<p>5.2 A - Assegnazione risorse alla struttura formazione aziendale (art. 6,7 D.A. 1771/2012)</p>	<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) $\geq 80\%$</p> <p>5.2 A 2) $\geq 50\%$</p>	<p>5.2 A 1) <u>5/6</u></p> <p>Budget concordato e concesso €105.000 come da disposizioni assessoriali</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<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 SIRS5.</p> <p>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>In attesa di indicazioni assessoriali sull'approvazione della nuova pianta organica aziendale</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>Il CED ha inviato delle note ai servizi aziendali di informazione al fine di sensibilizzare la progettazione in telemedicina</p>