

TABELLA PAA



PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

2016-2017

AREA DI INTERVENTO 1	Sanità Pubblica e Prevenzione Referenti aziendali: Dott. I. Sferrazza – Dott. G. Stella – Dott. G. Belbruno				
interventi previsti	Referenti	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Anno 2018
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2018	
1.1 – Sanità veterinaria	Direttore Dip.Veterinario	1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi) 1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina 1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	1.1.A - n. Aziende bovine e ovi caprine controllate/n. Aziende bovine e ovi caprine controllabili 1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi 1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	1.1.A - 100% 1.1.B – 21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30gg 75% ≤ 32gg 50% < 32 gg 0% 1.1.C – 42-63 giorni ≤ 63 gg 100%	Rel. prot. 396693 del 31/01/2019 1.1A- Bovini N. 1307/1307= 100% 1.1A- Ovi-caprini N1154/1154=100% 1.1 B- 24 gg 1.1 C - 46 gg

		<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 2017</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>≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%</p> <p>1.1.D – 5% Aziende bovine</p> <p>3% Aziende ovi-caprine</p> <p>1.1.E – 15%</p>	<p>1.1 D- Bovini 100%</p> <p>Ovi-caprini 100%</p> <p>1.1 E -Bovini/Ovi-caprini Incremento del 0.41% rispetto al 31/12/2017 con apposita nota prot. n 28159 del 09/08/2018la D.G. ha dato comunicazione al DASOE e alla Pianificazione strat. Di non poter perseguire detto obiettivo atteso che nei territori limitrofi con particolare riferimento alla provincia di Messina, lo stato sanitario delle aziende e l'incidenza dei controlli vanificano fortemente i nostri risultati con le movimentazioni animali a contatti. Analoga situazione è documentata anche per ASP di Catania che trovasi nella stessa situazione.</p>
1.2 – Sicurezza alimentare	<p>Responsabile SIAN e</p> <p>Responsabile Veterinario</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- Flussi 2016/2017 trasmessi per la parte di competenza. Invio flussi 2018 entro il 31/01/2019 come previsto dal Piano</p> <p>1.2 B- Procedura inviata. La stessa sarà soggetto di revisione, atteso che le competenze gestionali del processo sono state transitate con decreto al SUAP.</p>

<p>1.3 – Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive</p>	<p>Responsabile U.O. di Epidemiologia</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.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.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.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.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.E -100%</p> <p>1.3.F – 70%</p>	<p>Rel. Prot.428267 del 15/04/2019</p> <p>1.3 A Esavalente 99% MPR 99% Morbillo-Parotite-Rosolia 99%</p> <p>1.3B- Si</p> <p>1.3C- Si Sono state registrate tutte le vaccinazioni</p> <p>1.3 D- E-F Tutti i casi di morbillo sono stati denunciati e segnalati al Ministero della salute (PREMAL) e all'Istituto Superiore di Sanità(Sorveglianza Integrata. Non ci sono stati casi di Rosolia</p>
--	---	--	---	---	---

1.4 – Tutela ambientale	Responsabile SIAV e Responsabile U.O. Educazione alla Salute	<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 – Invio Report</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</p> <p>1.4. Dato non disponibile</p>
1.5 – Prevenzione nei luoghi di lavoro	Responsabile U.O. Spresal	<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>	<p>Rel. Prot.396856 del 31/01/2019</p> <p>1.5.A- Si -1 Corso per lavoratori del settore Edilizia e 3 incontri formativi presso Istituti scolastici della Provincia in collaborazione con U.O. Educazione alla Salute</p> <p>1.5.B - Si -Sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria tutti i soggetti come da elenco trasmesso dall'INAIL.</p> <p>Nel corso del 2018 non ci sono stati nuovi soggetti arruolati per la sorveglianza degli ex esposti.</p> <p>Dat</p>

Area di intervento 2	Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti Referenti aziendali: Dott. E. Leanza – Dott. F. La Tona –				
Interventi previsti	Referenti	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Anno 2018
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2018	
2.1 Sicurezza dei Pazienti	2.1 A-B-C Direttore Sanitario	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
		2.1 A 2) la coerenza rispetto al protocollo nazionale (SIMES)	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

2.1 Sicurezza dei Pazienti	2.1 D Responsabile di Oncologia e Farmacia Ospedaliera	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) Rischio Clinico	2.1 C Numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT in modo completo e coerente secondo il protocollo di rilevazione regionale	1% dei dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore a 1 giorno	Dato non disponibile
	2.1 E Responsabile di Anestesia e Rianimazione	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	2.1 D Monitoraggio annuale e produzione report	100% delle azioni programmate	100%
	2.1 F Responsabile U.O. Utin e U.O. Ostetricia e Ginecologia	2.1 E - Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	2.1 E 1) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR 2.1 E 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	2.1 E 1) SI 2.1 E 2) 100%	2.1 E 1) SI 2.1 E 2) 100%
		2.1 F - Sviluppo organizzativo del Percorso Nascita. Autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) sulla base della checklist predisposta dai professionisti.	2.1 F Realizzazione autovalutazione su piattaforma Qualitasicilia SSR	SI	Autovalutazione caricata sulla piattaforma

2.1 Sicurezza dei Pazienti	2.1 G Responsabile Direzione Medica dei PP.OO	2.1 G - Aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	2.1 G - Aderenza alle indicazioni regionali	SI	SI
	2.1H Responsabile U.O. farmacia Ospedaliera e Territoriale- Direzione medica dei PP.OO. URP	2.1 H - Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza:	2.1 H 1) Aderenza alle indicazioni regionali	SI	2.1 H1- SI
		2.1 H 1) Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza	2.1 H 2) Report relativo al consumo di antibiotici	SI	2.1 H2- Si rel. n. 426362 del 11/04/2019
		2.1 H 2) Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	2.1 H 3) Aderenza al Protocollo regionale	SI	2.1H3- Si
	2.1 H 3) AntimicrobialStewardship	2.1 H 4a) Report sulla realizzazione delle campagne di comunicazione	SI		
	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	2.1 H 4B) Report di monitoraggio sulla valutazione di impatto (pre e post intervento) delle campagne di comunicazione.	SI	2.1 H4- Si con vari incontri organizzati negli Istituti scolastici con la collaborazione del responsabile UOEPSA	
		2.1 I -Programma di riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari - targeting zero:	Aderenza alle indicazioni regionali:		SI

<p>2.1 Sicurezza dei Pazienti</p>	<p>2.1 I Responsabile Direzione Medica di PP.OO</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>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>SI</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>
<p>2.2 Monitoraggio dei Tempi di Attesa</p> <p>2.2 Monitoraggio dei Tempi di Attesa</p>	<p>Responsabile U.O. Specialistica</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 favorenti le criticità locali;</p> <p>2.2 A 3) Individuazione e pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la</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>Rel. Prot.348064 del 27/09/2018 e relazione prot.n.437403 del 13/05/2019</p> <p>Anche se non sono 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 i determinanti di eventuali criticità e di proporre ove nel caso interventi correttivi. Il gruppo di lavoro ha, esitato un Piano per l'Assistenza Specialistica che, partendo dall'analisi del</p>

2.2 Monitoraggio dei Tempi di Attesa	formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali; 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 ;			contesto definisce il programma di implementazione e rimodulazione dell'offerta.
	2.2 B - Analisi campi flusso SDO: report semestrale che analizzi tutti i campi del flusso SDO e livelli di garanzia. <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>	2.2 B 1) n. campi compilati (data prenotazione, classe di priorità) / n. campi da compilare 2.2 B 2) Monitoraggio	>= 90%	2.2 B- Relativamente alle prestazioni ambulatoriali (flusso C ed M) tutti i campi sono regolarmente implementati. Criticità: agende non chiuse; bisognerà verificare se i programmi sono stati installati nei reparti 2.2 B- Si
	2.2 C - Applicazione del modello delle priorità cliniche condivise (RAO) per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale.	2.2 C - Aderenza alle indicazioni regionali/Agenas	SI	2.2 C- Effettuata regolarmente. L'Azienda sta partecipando alla fase II del progetto AGENAS di sperimentazione RAO, avviata con incontro presso l'Assessorato della salute il 20/09/2017.
	2.2 D - Modalità di prenotazione informatizzata condivisa tra gli erogatori pubblico/privato in ambito di area metropolitana/provincia almeno	2.2 D - Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa	SI	2.2 D- Le strutture private accreditate insistenti nel territorio dell'ASP sono state

		nelle 43 prestazioni critiche – coordinamento/ da parte delle ASP			acquisite al CUP in modalità web per le 43 prestazioni critiche
		<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>2.2 E1 -E2- Si-Vengono trasmessi regolarmente i monitoraggi semestrali delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.</p> <p>2.2E3 No (da inserire i report)</p>
2.3	Responsabile U.O. Specialistica	2.3 A - Pubblicare e puntualmente aggiornare, sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste attesa/tempi attesa".	2.3 A Evidenza di Pubblicazione e aggiornamento sul Web	Si	2.3 A-1° disponibilità per le 43 prestazioni previste
Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa					

<p>2.4</p> <p>Formazione dei professionisti</p>	<p>Responsabile U.O. Formazione</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 dei 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>Rel. prot. 349132 del 01/10/2018</p> <p>2.4 A- Formato tutto il personale dei Punti nascita N. 15 partecipanti secondo la disponibilità dei corsi organizzati dal CEFPAS</p>
<p>2.5</p> <p>Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti</p>	<p>2.5 –A-B- Responsabili UU.OO.</p> <p>URP, Direzione Medica, Distretti Territoriali</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>Rel. Prot. 445709 del 31/05/2019</p> <p>2.5 A- Si- le interviste realizzate dagli operatori URP raggiungono il 95%</p> <p>Nel 2018 è iniziata su direttiva dell'Assessorato la raccolta dei consensi informati per le interviste agli utenti del P.S. presso i Servizi dei P.S. dei 4 PP.OO.</p>
	<p>2.5 C</p> <p>U.O. Anestesia e Rianimazione</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>2.5 B – SI - sono state attuate le direttive regionali</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	2.5 C - Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore	SI	SI
2.6 PDТА	Responsabili referenti PDТА	2.6 A - Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali: 2.6 A 1) PDТА Frattura femore (2017)) 2.6 A 2) PDТА in pazienti con Fibrillazione Atriale (2017) 2.6 A 3) PDТА Scopenso cardiaco (2017) 2.6 A 4) PDТА Carcinoma colon retto (2017) 2.6 A 5) PDТА Carcinoma polmone (2017) 2.6 A 6) PDТА in Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico (2017)	2.6 A Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDТА	SI	Tutti i PDТА sono stati sviluppati e caricati sul sito istituzionale
2.7 Appropriatezza	Responsabile U.O. Direzione Medica, Uffici SDO	2.7 A - Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	2.7 A - Rispetto degli adempimenti previsti	SI	SI – rispetto degli adempimenti previsti; criticità P.O. Umberto I per carenza personale dedicato
2.8 Outcome	Responsabili referenti PDТА	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	SI – report inviati

Area di intervento 3		Reti Assistenziali Referente Aziendale Dott. Savoca			
Interventi Previsti		Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento		Anno 2018
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2018	
3.1 Rimodulazione rete ospedaliera	Responsabile U.O. Direzione Medica dei PP.OO	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		In attivazione secondo gli step previsti dal Decreto sulla rimodulazione rete ospedaliera
3.2 Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione	Responsabile U.O. Direzione Medica dei PP.OO	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 parte attivati In fase di completamento secondo le possibilità strutturali e di personale in atto esistenti
3.3 Ottimizzazione delle reti assistenziali	Responsabile U.O. Direzione Medica dei PP.OO	3.3 A Implementazione SUAP	3.3 A Completa attivazione dei 10 pl previsti SUAP	SI	Attiva con tre posti letto presso il Centro Gravi P.O. FBC di Leonforte

3.4 Rete IMA	Responsabile U.O. UTIC e Cardiologia	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 Timing vengono rispettati
3.5 Miglioramento sistema delle Cure palliative domiciliari	Responsabile U.O. Hospice e Assistenza Sanitaria di base	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	Rel. Prot. n 391457 del 18/01/2019 3.5A- SI
3.6 Rete regionale dello Stroke Unit Livello II	Responsabile U.O. Neurologia	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	PDTA sviluppato, in fase di condivisione con le altre ASP del bacino centrale
3.7 Adesione alla Re.O.S.	Responsabile UU.OO. Oncologia, Epidemiologia Radiologia, Anatomia Patologica, Ginecologia e Chirurgia Generale	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%	Le linee guida regionali vengono applicate regolarmente

<p>3.8</p> <p>Implementazione percorsi di integrazione Ospedale Territorio</p>	<p>Responsabile</p> <p>UU.OO. Materno Infantile, Direttori Punti Nascita</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>Rel.prot. n. 411183 del 06/03/2019</p> <p>3.8. A- n 294 presi in carico/886 parti</p> <p>Criticità: poco organico nei consultori.</p>
<p>3.9</p> <p>Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica</p>	<p>Responsabili</p> <p>UU.OO. Epidemiologia, Centro gestionale screening, Otorino, Oculistica</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>Tutti i pazienti vengono screenati prima della dimissione e i report vengono regolarmente inviati agli uffici assessoriali competenti con cadenza trimestrale</p>

Area di intervento 4		Assistenza Territoriale Referente Aziendale Dott.ssa M. La Malfa			
Interventi previsti	Referenti	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Anno 2018
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo Anno 2018	
<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>Responsabile U.OO.</p> <p>Direzione Medica dei PP.OO, Distretti Territoriali, Ass. Sanitaria di base, e Specialistica</p>	<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 2017 > n. dimissioni facilitate 2017</p>	<p>4.1 A- 2 incontri per Distretto ospedaliero</p> <p>4.1 B - > 20%</p>	<p>Criticità: è in programma una riunione tra Direzione Medica dei PP.OO e Distretti (Agira e Nicosia)</p> <p>4.1 B- Distretti:</p> <p>P. Armerina dimissioni facilitate: n. 51 anno 2018 95 anno 2017</p> <p>Nicosia dimissioni facilitate n.12 anno 2018</p> <p>Agira dimissioni facilitate n. 33 anno 2018</p> <p>Enna dimissioni facilitate n. 126 anno 2018 n. 220 anno 2017</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>Responsabile U.O. referenti ambulatorio Obesità e Diabete</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>Tutti i pazienti con diabete presi in carico sono stati inviati al centro di riferimento di CL</p>
<p>4.3</p> <p>Implementazione presa in carico pazienti non autosufficienti nel percorso ospedale-territorio</p>	<p>Responsabile UU.OO. Dir.Medica e Distretti Territoriali</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 2018 > n. dimissioni protette 2017</p>	<p>> 20%</p>	<p>4.3 A –Distretti:</p> <p>Piazza Armerina dimissioni protette n. 57 anno 2018 n. 43 anno 2017</p> <p>Nicosia dimissioni protette n. 148 anno 2018</p>

					n. 146 anno 2017 Agira dimissioni protette n. 52 anno 2018 n. 75 anno 2017 Enna dimissioni protette n. 235 anno 2018 n. 163 anno 2017
4.4 Riduzione della Spesa Farmaceutica Convenzionata	Responsabile U.O. Farmacia Territoriale	4.4 A - Realizzazione delle azioni previste dal DA 552/16 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	Report di farmanalisi su contrazione spesa farmaceutica come da DA	Rel. prot n. 426362 del 11/04/2019 4.4. A- Si sono stati svolti una serie di incontri oltre alla consegna della scheda budget a tutti i MMG e PLS di tutti i distretti 4.4. B- Si anno 2017 63.062-anno 2018 83.458 4.4. C- SI
4.5 Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non autosufficienza/disabilità e M. di Alzheimer	Responsabile Referente Aziendale 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 13	SI/NO	Bandi già pubblicati

<p>4.6</p> <p>Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza</p>	<p>Responsabile U.O. Materno Infantile</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>Rel. Prot. n.347533</p> <p>4.6 A- Si monitoraggio 1 Semestre</p> <p>4.6 B- Si n. 2 incontri</p>
<p>4.7</p> <p>Implementazione Codice Rosa</p>	<p>Responsabile U.O. Materno Infantile e MCAU</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>4.7 La parte di competenza della U.O.C. materno Infantile è stata completata nell'anno 2016 le successive azioni sono state effettuate dall'U.O.C. MCAU attraverso l'implementazione e la condivisione delle procedure, e in fase di ultimazione l'allestimento della Stanza Rosa nel Pronto Soccorso Umberto I</p>
<p>4.8</p> <p>Attuazione linee guida piano Strategico Regionale per la Salute Mentale</p>	<p>Responsabile U.O. 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 2) - SI/NO</p> <p>4.8 A 3) - >20</p>	<p>Relazione prot. n.392616 del 22/01/2019</p> <p>4.8. A1- Si -continuazione di n 5 progetti già avviati</p> <p>4.8 A2- SI</p> <p>4.8 A3- Si n. 52</p>

<p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">Responsabile U.O. Neuropsichiatria Infantile</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>Rel. Prot. n 396855 del 31/01/2019</p> <p>4.9 A- A luglio del 2018 si sono concluse le procedure concorsuali sono stati assunte 4 psicologi e 4 educatori, il mese di settembre è stato dedicato alla valutazione dei minori per iniziare gli incontri diagnostici con le loro famiglie.</p> <p>4.9 B- Si 3 percorsi per ogni Distretto</p> <p>4.9 C- Si più di 30 trattamenti per distretto totale 213</p>
--	---	--	---	---	--

AREA DI INTERVENTO 5	Sviluppo organizzativo Dott.ssa A. Santarelli				
interventi previsti	Referenti	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Anno 2018
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2018	
5.1 Comunicazione	Responsabil e UU.OO. URP, Anestesia e Rianimazione e Educazione alla salute	5.1 A – Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi	Relazione sull'attività svolta	SI/NO	Rel. Prot. n. 445709 del 31/05/2019 5.1 A- Sono stati realizzati degli incontri con il Coordinamento Locale trapianti per coordinare interventi ed azioni. E' stato aggiornato il programma relativo alle iniziative su donazione e screening l'Urp è stato presente in collaborazione con altri Servizi e Volontari.
5.2 Formazione	Responsabil e U.O. Direzione Aziendale e 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) $\geq 50\%$	5.2 A1- PERSONALE ASSEGANTO = 66% BUDGET ASSEGNATO NEL 2018 € 125.000.00

5.3 Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria	Responsabil e Direzione Aziendale	<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>	In corso rimodulazione del personale, inserita nell'atto aziendale d'ufficio
5.4 Telemedicina	Responsabil e U.O. Tecnico e Ing. Angelo Di Pasquale	5.4.A – Promuovere l'utilizzo della telemedicina (es.: procedure di tele cardiologia, tele radiologia, ecc.) attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie	5.4.A – Relazione sulle attività svolte e sul numero delle Unità operative coinvolte nelle attività di telemedicina	5.4.A - 1	SI