



# **PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2013 - 2015**

**2013 - 2015**



## **INDICE**

### **1 – Il piano della performance**

1. Finalità
2. Contenuti
3. Principi generali
4. La riorganizzazione aziendale
5. Gli obiettivi derivanti dal Piano della Salute 2011-2013
6. La vision aziendale: obiettivi attribuiti alla Direzione e linee di sviluppo della gestione aziendale
7. La gestione delle risorse umane
8. La misurazione delle performance e gli adempimenti in tema di trasparenza
9. L'amministrazione in cifre
10. Chi siamo, cosa facciamo come operiamo

### **2 – L'analisi del contesto interno ed esterno**

1. Punti di forza e debolezza interni, opportunità e minacce interne

### **3 – Analisi quali-quantitativa delle risorse umane**

- a) Analisi caratteri quali-quantitativi
- b) Analisi benessere organizzativo
- c) Analisi di genere

### **4 – Gli obiettivi individuati e gli indicatori**

- a) Il contenuto attuativo per macroarea
- b) Gli obiettivi assegnati al personale dirigente
- c) La comunicazione del piano all'interno ed all'esterno

### **5 – Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo della performance**

- a) Il gruppo di lavoro
- b) Le azioni di miglioramento previste per il ciclo di gestione della performance



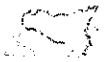
# 1 – Il piano della performance

## 1. Finalità

Con il presente Piano questa Direzione prosegue nella sua attività di gestione del sistema di responsabilizzazione degli operatori ispirato al ciclo di gestione della *performance* introdotto dall'articolo 4 del d.lgs. 150/09 e che ha trovato nella redazione dei piani della performance 2011 - 2013 e 2012 - 2014 le prime applicazioni e, con riferimento al primo dei due, la prima esperienza di verifica con la relazione sulla performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (da ora in poi per semplicità denominato O.I.V.).

La struttura del presente documento è confermata derivando da precise direttive fornite dalla Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (da ora in poi per semplicità denominata C.I.V.I.T.) sulle quali non sono intervenute modifiche ad integrazione per direttive assessoriali in ambito regionale. Sono altresì confermate, nella stesura del presente documento, le finalità già introdotte con il piano Performance 2011-2013 e in particolare:

- **Esplicitazione** degli obiettivi, degli indicatori e dei *target* da raggiungere in coerenza con le risorse assegnate;
- **Definizione** degli elementi fondamentali che costituiranno la base per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance* (obiettivi, indicatori e *target*);
- **Evidenziazione** di tutti i passaggi logici idonei a garantire *“la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”* secondo quanto espressamente previsto ai sensi dell'articolo 10, comma 1, del d.lgs. 150/09;
- **Descrizione analitica ed esaustiva** del processo e delle modalità con cui si perviene alla formulazione degli obiettivi dell'amministrazione, alla verifica sugli stessi, ed alla eventuale gestione delle eventuali verifiche di seconda istanza. La descrizione delle procedure di cui all'ultimo punto è estrapolata da diversi atti regolamentari aziendali ed è stato inserito tra gli obiettivi dell'anno l'accorpamento di tutte le norme attinenti alla problematica della valutazione in un unico documento che funga da testo unico cui far riferimento in un'ottica di trasparenza e proceduralizzazione delle attività propedeutiche ad esprimere una valutazione;
- **Introduzione di una logica di miglioramento continuo del sistema** che segua pedissequamente le indicazioni fornite dalla CIVIT; si considerino a tal proposito le delibere CIVIT 1/2012, 2/2012 e 3/2012;



- **Coinvolgimento dell'Organismo Indipendente di Valutazione** nella verifica sul funzionamento del sistema nel suo complesso e nell'individuazione delle modifiche da apportare allo stesso.

Tali innovazioni sono orientate a garantire una verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, deve caratterizzare sia gli obiettivi che la metodologia per l'assegnazione e la verifica, concomitante e susseguente, degli stessi. Sotto questo punto di vista il D.lgs 150/09 prevede all'articolo 5, comma 2, una serie di peculiarità che gli obiettivi devono possedere; in particolare gli stessi devono essere:

- a) **Rilevanti e Pertinenti** rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) **Specifici e Misurabili** in termini concreti e chiari;
- c) **Determinanti** nell'apportare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) **Riferibili** ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno, anche se questa caratteristica si riferisce agli obiettivi operativi e va dunque riferita all'attività da realizzare nell'anno;
- e) **Commisurati** ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) **Confrontabili** con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) **Correlati** alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Il Piano, unitamente al sistema di redazione e realizzazione dello stesso, dovrà consentire la verifica dell'effettivo rispetto di tali requisiti metodologici dal momento che, oltre a definire gli obiettivi, saranno esplicitati il metodo ed il processo attraverso i quali si è arrivati ad individuarli.

Il sistema di responsabilizzazione seguirà quello della negoziazione di budget, tenuto conto che gli obiettivi attribuiti possono essere soggetti ad una rivisitazione per integrare o rivedere quanto assegnato se perverranno indicazioni in materia da parte di organi sovraordinati.



Con riferimento alla seconda finalità, inerente la comprensibilità della rappresentazione della *performance*, nel Piano è esplicitato il “legame” che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell’amministrazione. Questo rende esplicita e comprensibile la *performance* attesa, ossia il contributo che l’amministrazione (nel suo complesso nonché nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone) intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività. A tal fine la redazione del documento è stata ispirata anche quest’anno alla necessità ed alla conseguente volontà di consentire una facile lettura e comprensione dei suoi contenuti, prestando particolare attenzione al linguaggio, il tutto nella consapevolezza che tale scelta si presta anche a garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della *performance* prevista ai sensi dell’art. 11 del D.Lgs 150/09.

La terza finalità è quella di assicurare l’attendibilità della rappresentazione della *performance*. Essa è attendibile solo se è verificabile *ex post* la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, *target*). Al fine di garantire la correttezza del sistema nel suo complesso, questa azienda si prefigge di garantire le attese dei portatori di interesse (*stakeholder*), anche attraverso appositi meccanismi di comunicazione interna ed esterna.

Le nuove finalità sopra evidenziate permettono inoltre di migliorare il sistema nel suo complesso, fornendo un quadro chiaro della metodologia di redazione e prevedendo esplicitamente un diretto coinvolgimento dell’O.I.V. quale soggetto terzo, indipendente ed in possesso di specifiche competenze in materia di valutazione.



## 2. Contenuti

Secondo quanto previsto il Piano individua:

- Gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- Gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Tali contenuti, esplicitamente richiamati dall'articolo 10, comma 1 del d. Lgs. 150/09, sono integrati da una serie di informazioni che questa Amministrazione ha inteso fornire per meglio chiarire il contesto di riferimento. A tal fine saranno approfondite le tematiche inerenti:

- La descrizione della "identità" dell'amministrazione e, cioè, di quegli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale, la Mission da realizzare quale ente che sta rivedendo la propria offerta assistenziale in funzione di indicazioni assessoriali che comportano delle profonde innovazioni all'attuale organizzazione;
- La declinazione della Mission e del mandato di cui sopra in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi;
- La rappresentazione delle performance legate ai due punti di sopra, anche ai fini di garantire la già citata trasparenza(openess) ;
- La metodologia seguita per garantire il miglioramento del Ciclo di Gestione delle performance di cui il presente piano costituisce soltanto il primo passaggio formale;
- La metodologia per integrare gli obiettivi contenuti nel presente documento con eventuali nuove indicazioni Age.Na.S. o derivanti dal piano attuativo aziendale.



### **3. Principi generali**

I principi generali per il piano della performance sono qui analiticamente descritti.

#### **Principio n.1: Trasparenza**

Il piano sarà pubblicato, ai sensi dell'art.11, comma 8 del d.Lgs 150/09, sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata «Trasparenza, valutazione e merito». Inoltre, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, dello stesso decreto, il presente Piano sarà trasmesso alla CIVIT ed al Ministero dell'Economia e delle finanze.

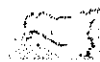
Il presente piano rappresenta il documento cardine che ispirerà l'attività dell'Azienda ma, sempre al fine di garantire la massima trasparenza per tutti gli stakeholder ai quali tale documento si rivolge, gli strumenti di trasparenza di cui sopra saranno estesi a tutte le eventuali modifiche che si renderanno necessarie o semplicemente opportune. Le stesse modifiche, del resto, appaiono del tutto probabili per le motivazioni che saranno approfondite con riferimento alla descrizione del contesto interno ed esterno in cui questa Azienda si trova ad operare. Tali considerazioni si basano sulle prescrizioni di cui all'art. 11 che contengono indicazioni sulla presentazione delle attività, sulla chiarezza delle stesse, sulle forme di pubblicità da utilizzare affinché tutti gli stakeholder di cui sopra possano risultare degli strumenti di trasparenza e coinvolgimento utilizzati.

#### **Principio n. 2: Immediata intelligibilità**

Il Piano risulta di dimensioni adeguate e facilmente comprensibile anche agli stakeholder esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.). A tal fine, sono inseriti gli approfondimenti tecnici ritenuti idonei a consentire una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.

#### **Principio n. 3: Veridicità e verificabilità**

I contenuti del Piano corrispondono alla realtà e per ogni indicatore si fa riferimento a dati, tracciabili, oggetto di trasmissione ufficiale alle competenti autorità regionali e non, il che garantisce la tracciabilità e la verificabilità dei dati stessi. Ai fini di una rappresentazione chiara sono utilizzati indici sanitari e non standardizzati di elevata diffusione e di immediata comprensibilità o sui quali, anche attraverso l'esame delle fonti, sono possibili approfondimenti, il tutto nell'ottica di una chiarezza da garantire a tutti i soggetti interessati.



#### **Principio n. 4: Partecipazione**

Il Piano è definito attraverso una partecipazione attiva del personale dirigente che, a sua volta, è stato chiamato a favorire il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Il riferimento, naturalmente, è ovviamente tanto agli operatori della dirigenza quanto a quelli del comparto, stante l'entità del contributo dagli stessi garantito per il raggiungimento delle performance ma anche per lo stretto legame intercorrente tra il ciclo di gestione della performance e la distribuzione delle risorse destinate al salario di risultato. Si favorirà altresì ogni forma possibile di interazione con gli stakeholder esterni per individuarne e considerarne le aspettative e le attese.

#### **Principio n. 5: Coerenza interna ed esterna**

I contenuti del Piano sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Il rispetto di tale principio è considerato basilare per l'attuabilità del presente piano. L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni e alle attese dei portatori di interesse. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi e i piani operativi alle risorse strumentali, economiche ed umane disponibili.

#### **Principio n. 6: Orizzonte pluriennale**

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, anche in relazione a quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. Nella definizione del Piano si è inoltre tenuto conto del collegamento e dell'integrazione con il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, stanti anche le raccomandazioni in tal senso pervenute dalla CIVIT in tema di collegamento tra piano della performance e predisposizione di documenti di programmazione finanziaria. A tal proposito si evidenzia come questa azienda, nella predisposizione dei documenti di programmazione, si sia uniformata alle indicazioni assessoriali pervenute in merito alla rappresentazione contabile di alcuni accadimenti aziendali.

#### **Principio n. 7: La gradualità nell'adeguamento ai principi e il miglioramento continuo**

L'amministrazione si adegua agli indirizzi proposti secondo una logica di gradualità e miglioramento continuo. Ogni criticità relativa all'attuazione di tali indirizzi sarà chiaramente riportata nel Piano, unitamente alla descrizione delle azioni e dei tempi per un pieno adeguamento.





#### 4. La riorganizzazione aziendale

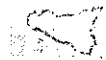
La L.R. 5/2009 ha profondamente innovato il sistema regionale sulla base di molteplici aspetti significativi ai fini del presente piano. Ci si riferisce non soltanto all'innomerevole serie di adempimenti previsti in termini di pianificazione e programmazione ma anche e soprattutto alle indicazioni sulla revisione dell'organizzazione aziendale che ancora, per motivi non imputabili a questa direzione e per i vincoli della spending review, non si sono tradotti in una riorganizzazione risolutiva che delinea definitivamente le diverse articolazioni aziendali. L'accorpamento delle tre aziende, ancorché perfezionatosi sotto il profilo giuridico, ha lasciato non ancora risolte una serie di problematiche inerenti la concreta unificazione di tutte le procedure. Alcune di queste procedure, peraltro, potranno essere completate solo con la definizione della nuova organizzazione aziendale essendo la stessa un adempimento giuridicamente imprescindibile. Questa amministrazione ha posto in essere una serie di adempimenti propedeutici per il superamento di questa fase, sinteticamente riconducibile a:

- Analisi dell'organizzazione aziendale;
- Analisi del fabbisogno espresso dalla popolazione presente e/o residente;
- Coinvolgimento delle figure apicali nell'individuazione delle strutture da potenziare, creare e, se del caso, riconvertire o sopprimere;
- Analisi sulla attuale dotazione per struttura;
- Verifica sulla sostenibilità economica e sulla coerenza tra ipotesi eventualmente formulate in termini di riorganizzazione e contingenti minimi di personale presenti o in corso di acquisizione;
- Verifica sul possesso dei requisiti minimi all'interno delle strutture aziendali attualmente esistenti in termini di risorse umane per uniformarsi a parametri più restrittivi rispetto a quelli in essere al momento della fusione delle tre aziende;
- Individuazione di un nucleo di strutture da confermare in ogni caso e verifica sulle innovazioni da apportare, ex lege, sulla base di normative più recenti rispetto all'approvazione dell'atto aziendale (spending review);
- Individuazione di talune modifiche da apportare sin da subito alla dotazione organica nell'ottica di una programmazione di medio periodo.

Nella realizzazione di tali adempimenti, inoltre, si è dovuto tenere conto dell'esigenza di gestire l'attuale organizzazione, garantendo degli standards minimi di personale, attività resa alle volte estremamente complessa da provvedimenti di contenimento della spesa del personale che hanno comportato, in taluni casi, la necessità di stravolgere le procedure di reclutamento correntemente utilizzate o di rivedere al ribasso le ipotesi formulate sulle risorse utilizzabili.

Incidono, infine, a rendere se possibile ancora più complessa la riorganizzazione aziendale degli altri fattori quali:

- Presenza di una programmazione regionale da redigere tenendo conto anche delle esigenze di bacino;
- Situazione congiunturale negativa per i conti pubblici con conseguenti tagli in corso di opera alle risorse originariamente pianificate;



- Esistenza di procedure in itinere per l'adeguamento del personale in servizio in relazione alla pianta organica deliberata e per l'adeguamento della pianta organica stessa.

Questa Direzione, consapevole delle criticità qui rappresentate, intende tuttavia uniformarsi a quanto previsto per il piano della performance e si è prefissata lo scopo di dare concreta applicazione al sistema di responsabilizzazione degli operatori, individuando una batteria di obiettivi ed indicatori che saranno di seguito approfonditi. Il processo di responsabilizzazione già avviato in questa azienda, del resto, è stato concepito nell'ottica di permettere modifiche ed integrazioni che si dovessero rendere necessarie o anche solo opportune e sulle quali sarà sempre garantita massima trasparenza.

## 5. Gli obiettivi derivanti dal Piano della Salute 2011 2013 della Regione Siciliana

Per la redazione del piano della performance 2012-2014 sono state inserite, al fine di soddisfare una coerente logica programmatoria organizzativa e gestionale, le linee di intervento previste nel Piano Attuativo Aziendale 2012-2014, il documento di programmazione sanitaria della Amministrazione redatto sulla base del Piano della Salute 2011-2013" della Regione Siciliana.

Il Piano Sanitario Regionale, susseguente alla L.R. 5/2009, recepisce oltre che i principi ispiratori del servizio sanitario nazionale (universalità, equità, rispetto della libertà di scelta ecc.) anche il concetto di *appropriatezza* intesa sia in senso strettamente clinico che nell'accezione di erogazione della prestazione più efficace al minor consumo di risorse.

Il Piano Sanitario Regionale fa propri altresì il programma Operativo Regionale 2010-2012 per la prosecuzione del Piano di Rientro nonché i contenuti del nuovo Patto per la Salute a garanzia dei LEA e per il conseguimento di maggiori livelli di appropriatezza nell'erogazione e organizzazione dei servizi e nella gestione delle risorse. In tale ottica, la sede primaria dell'assistenza del governo e dei percorsi sanitari è il territorio attraverso una implementazione della prevenzione, una attenta gestione delle cronicità e delle patologie a lungo decorso, nonché la riqualificazione dell'assistenza ospedaliera attraverso un miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

Nel corso del 2012 l'Amministrazione ha redatto il Piano Attuativo Aziendale 2012 2014 (PAA) appositamente approvato dalla Assessorato Regionale della Salute.

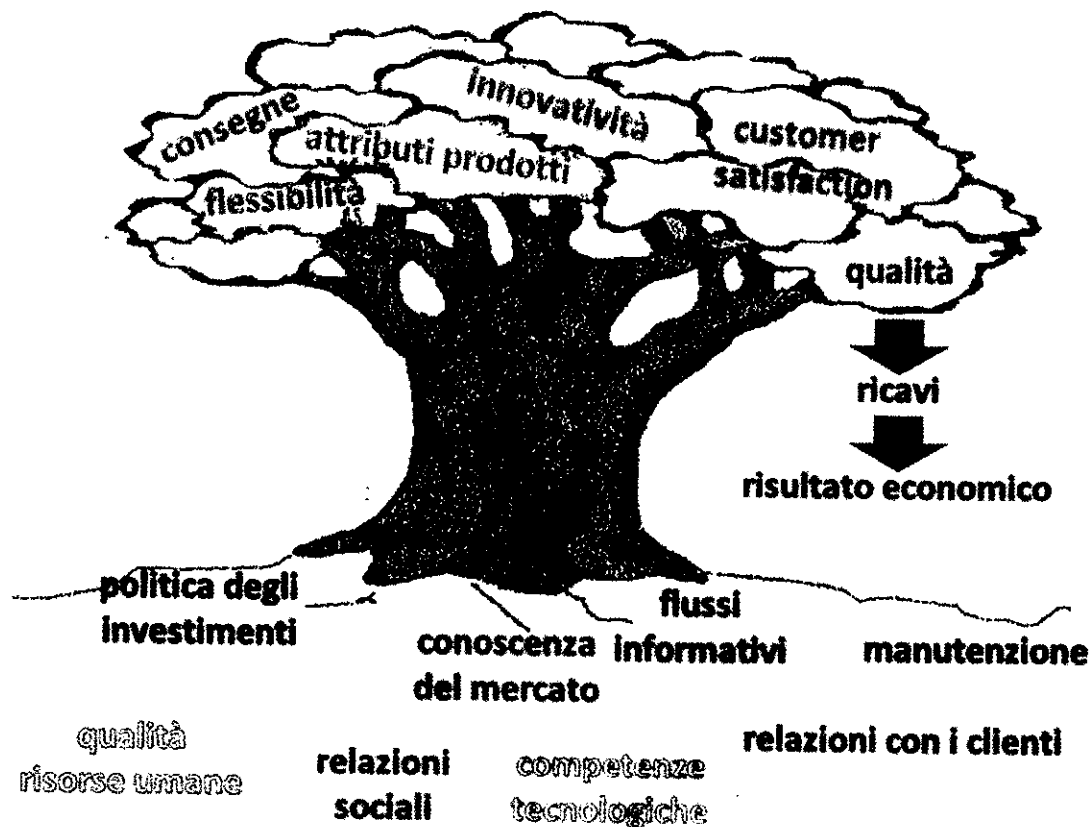
Tale atto costituisce lo strumento di governo delle risposte sanitarie all'attività programmatoria regionale ed è stato appositamente concepito in una serie di cronoprogrammi annuali da soddisfare con il supporto tecnico dell'Assessorato e dell'AgeNaS che assistono tutte le aziende del SSR allo sviluppo armonico dei Piani Attuativi.

Recepire quanto sopra e tradurre tali obiettivi in un set di indicatori che rendicontino tutte le attività assistenziali rese (accountability), rappresenta uno *step* imprescindibile per l'Amministrazione. Né si può prescindere, in tale ottica, dalla necessità di inglobare nel contesto



degli obiettivi da assegnare anche quelli attribuiti ai direttori generali che rientrano nel sistema di valutazione Age NaS.. Inoltre la promozione di medio periodo di importanti strumenti di valutazione quali l'Audit Civico, la Customer Satisfaction, il coinvolgimento del Comitato Consultivo Aziendale, costituiscono un indispensabile elemento di confronto finalizzato a migliorare in toto l'assistenza sanitaria.

## 6. La Vision aziendale: obiettivi attribuiti alla Direzione e linee di sviluppo della gestione aziendale



L'attività di responsabilizzazione a livello aziendale parte sicuramente dalle indicazioni ricevute da organi sovraordinati i quali, attraverso un'analisi del contesto, individuano priorità ed evidenziano una serie di parametri sulla base dei quali saranno operate, nel corso del processo e successivamente allo stesso, le dovute verifiche. Tale tipo di indicazioni costituiscono sicuramente il punto di partenza per la delega degli obiettivi, ma occorre procedere a una serie di integrazioni necessarie per il processo di responsabilizzazione, per tenere conto di un complesso di attività che, sebbene non espressamente citate, costituiscono il necessario presupposto per ognuna di esse, tanto in ambito sanitario quanto in ambito amministrativo. In questa ottica, gli obiettivi oggetto di verifica esterna ed interna sono soggetti ad integrazione in termini di responsabilizzazione a carico dei soggetti delegati poiché gli adempimenti da garantire risultano il presupposto imprescindibile per il funzionamento dell'azienda nel suo complesso. In tale ottica, ferme restando le indicazioni di cui sopra, questa amministrazione si è data delle regole per migliorare l'iter procedurale della gestione giovandosi del contributo che talune procedure sono in grado di garantire, in particolare:

### **Area sanitaria**

- **Revisione dell'organizzazione in relazione alle indicazioni della Joint Commission:** il rispetto dei criteri imposti da standard di qualità non è concepito come un mero adempimento burocratico o un'attività ispettiva fine a se stessa. Al contrario, tutte le considerazioni scaturite da un esame critico delle procedure costituiscono un'occasione di confronto per migliorare la gestione delle problematiche oggetto di specifiche disposizioni avvalendosi del contributo di studi effettuati per la definizione degli standard di riferimento;
- **Analisi delle criticità rilevate all'interno dei presidi:** L'imprescindibile esame delle criticità rilevate nelle diverse articolazioni aziendali costituisce il punto di partenza per la pianificazione degli interventi da porre in essere. Proceduralizzare la divulgazione delle informazioni utili alla comprensione delle criticità è il primo passo per un'attribuzione di obiettivi in cui, grazie alla risoluzione delle stesse, ciascun operatore e ciascuna struttura di conseguenza sono messi nelle condizioni di rendere al meglio. Ovviamente, non tutte le istanze, ancorché legittime e circostanziate, possono trovare una soluzione in breve tempo, stante la complessità delle stesse e la necessità, nella maggior parte dei casi, di provvedere tramite l'utilizzo di risorse aggiuntive non sempre disponibili. Non vi è dubbio tuttavia che la conoscenza di tutte le criticità rappresentate attraverso la raccolta e l'analisi continua delle stesse, in special modo se le stesse sono corredate di proposte concrete per porre rimedio, costituiscano una ricchezza per il management aziendale che può, attraverso un esame comparato, individuare le priorità non differibili e graduare secondo un ordine di importanza le altre istanze pervenute;



- **Miglioramento nella gestione della spesa farmaceutica:** l'esame del bilancio di ogni azienda sanitaria evidenzia l'entità delle voci riconducibili alla spesa farmaceutica. Non vi è dubbio, quindi, che eventuali razionalizzazioni anche minime da un punto di vista procedurale, risultino idonee a produrre risultati economici di entità notevole se applicati a grandi numeri. I vincoli della spending review in tal senso riconfigura l'azione amministrativa nell'ottica di una ancor più dettagliata razionalizzazione delle risorse.
- **Miglioramento nella gestione dell'audit clinico come strumento di lavoro;** è possibile in questo punto riproporre le considerazioni espresse con riferimento all'utilizzo degli standards e delle indicazioni della Joint Commission come strumento di lavoro. L'audit clinico, attraverso un approccio alla verifica che si focalizza su specifici problemi clinici, assistenziali o aspetti della pratica corrente, caratterizza gli interventi posti in essere garantendo risultati grazie alla competenza clinico-assistenziale specifica dei professionisti impegnati in tal senso. Il risultato è un'offerta assistenziale più efficace, una crescita degli operatori interessati e in ultima analisi, anche un risparmio economico derivante non da risorse lesinate ma da gestioni più oculate che consentono di abbinare efficacia ed efficienza. L'intendimento di questa Direzione è di fare dell'audit clinico uno strumento di lavoro per tutti gli operatori al fine di raggiungere gli obiettivi sopra evidenziati
- **Miglioramento delle procedure con i MMG e con i PLS;** il contributo possibile di questi professionisti spesso considerati, a torto, come degli elementi estranei al sistema sanitario delle aziende è oggi stato rivalutato alla luce della comprensione delle enormi potenzialità connesse al loro coinvolgimento. Non è un caso che anche in questo settore, tutte le sperimentazioni gestionali abbiano portato a significativi miglioramenti nell'efficacia delle procedure. Una strategia di coinvolgimento di tali risorse, del resto, appare l'unico sentiero percorribile per orientare le scelte dell'utenza, grazie alla conoscenza diretta degli assistiti, contribuendo agli obiettivi di ridurre il ricorso all'assistenza ospedaliera in caso di pazienti non acuti. Questo comporterebbe al tempo stesso, prestazioni più appropriate, disponibilità di posti letto per la cura delle patologie per le quali gli stessi sono stati determinati e valorizzazione di strutture territoriali attualmente sotto utilizzate a causa della preferenza per le strutture ospedaliere il tutto con una razionalizzazione delle risorse e senza lesinare nulla in termini di offerta assistenziale, permettendo anzi un'assistenza migliore in relazione alle concrete esigenze dell'utenza.

## Area Amministrativa

- **Revisione organizzazione aziendale:** le criticità sopra esposte in termini di necessaria riorganizzazione possono essere qui pedissequamente riproposte, stante l'incidenza che le stesse comportano nella gestione delle procedure correnti. Sebbene la problematica possa apparire del tutto diversa da quanto sopra descritto con riferimento all'area sanitaria, la metodologia di approccio alle problematiche è identica. Occorre proceduralizzare le diverse attività ed anche in questo caso occorre certezza sull'organizzazione



aziendale. Non vi è dubbio che l'attività di tipo amministrativo possa sembrare più standardizzata e dunque più semplice da pianificare. Non devono invece essere sottovalutate le difficoltà relative alla gestione di tutte le problematiche amministrative legate ad un'organizzazione non ancora definita. Si rinvia alla sezione dedicata alle criticità per un approfondimento delle difficoltà connesse. In un'ottica orientata al problem solving, tuttavia, preme in questa sezione sottolineare l'intendimento di questa amministrazione di porre rimedio a queste difficoltà, come si desume dalle procedure di delega recentemente adottate al fine di valorizzare le figure apicali intermedie (capi dipartimento, responsabili di distretto) nella gestione di una serie di problematiche quotidiane. E' ovvio che tale tipo di strategia appare percorribile solamente se la Direzione ma anche gli stessi soggetti delegati sono messi nelle condizioni di verificare la bontà delle azioni realizzate ed in tal senso appaiono evidenti i progressi realizzati nel corso dell'ultimo anno, riconosciuti anche dall'A.Ge.Nas. in merito alla capacità di verifica concomitante ed alla possibilità di rendicontare il grado di raggiungimento degli obiettivi. L'intendimento è quello di proseguire lungo questo sentiero di responsabilizzazione di tutti gli operatori ed in questa Direzione possono essere considerati gli sforzi profusi per il monitoraggio delle risorse umane, per il completamento e il miglioramento dei flussi previsti per il personale ai sensi dell'art. 79 della L. 133 e la revisione in atto di tutte le procedure amministrative in senso stretto e di supporto all'attività sanitaria.

Tutte le considerazioni di cui sopra, si prestano a garantire implicitamente un ritorno economico non in termini di profitto – la Mission aziendale è del resto di tipo ben diverso – ma in termini di migliore allocazione delle risorse, con la possibilità di migliorare l'offerta assistenziale mantenendo invariate le risorse, garantendo al tempo stesso una serie di obiettivi difficilmente quantificabili ma sicuramente fondamentali quali la crescita professionale degli operatori, il miglioramento della qualità delle prestazioni, il miglioramento del clima all'interno delle diverse strutture, un minore ricorso alla mobilità passiva con tutte le difficoltà che questa comporta.

Ovviamente, l'attività di gestione che questa Direzione è chiamata a realizzare è resa ancora più complessa dalla situazione congiunturale estremamente delicata dalle restrizioni derivanti dal Piano di Rientro, dalla rimodulazione della rete assistenziale da realizzare con parametri spesso profondamente diversi da quelli che caratterizzano attualmente l'organizzazione aziendale.

Le linee di indirizzo contenute nel programma operativo 2010-2012 continuano a risultare una base solida per il piano della performance, dal momento che sono individuati:

- Interventi da realizzare;
- Azioni, legate agli interventi, idonee a garantire l'efficacia negli interventi;
- Risultati programmati per ciascuna azione;
- Indicatori volti alla misurazione dei diversi risultati attesi.



L'orientamento al rientro economico ha inoltre consigliato la formulazione di ipotesi sull'impatto economico delle scelte adottate e degli interventi posti in essere, le quali ispirano gli obiettivi sotto evidenziati.

## **7. La gestione delle risorse umane**

Il processo di riforma avviato dalla legge regionale n. 5 del 2009 ha il suo fulcro nella rimodulazione della rete ospedaliera che ha comportato la fusione di più Aziende in un unico, nuovo, soggetto giuridico. Nello specifico l'ASP di Agrigento nasce dalla fusione di tre realtà ben distinte: la ex Azienda Sanitaria locale n.1, l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni di Dio e l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Sciacca.

La nuova realtà sorge con una vocazione all'assistenza sanitaria sul territorio ma con una importante componente di tipo ospedaliero ereditata dalle ultime due Aziende citate che ha comportato una serie di adempimenti giuridici che necessitano di ulteriore perfezionamento per il raggiungimento di una compiuta strutturazione aziendale

La gestione delle dotazione organica, offre lo spunto per una serie di opportune riflessioni in ordine alle risorse umane sia dal punto di vista giuridico che economico.

Anche se in presenza di un CCNL che disciplina in maniera univoca il rapporto di lavoro del pubblico dipendente, ogni Azienda è chiamata, in contrattazione integrativa, a regolamentare una serie di istituti contrattuali in funzione delle proprie esigenze e soprattutto della propria organizzazione.

Quanto descritto ha comportato nel dettaglio che l'ASP ha gestito, nella sua fase iniziale, gli effetti di istituti giuridico-contrattuali diversamente applicati o, ancor di più, verificare l'applicazione di un istituto in una ex Azienda con la contemporanea non applicazione in un'altra ex Azienda. Si pensi ad esempio alla graduazione delle funzioni cui si era dato seguito presso la ex USL n.1 e presso l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni di Dio, e che invece non aveva trovato applicazione presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Sciacca.

È pensabile operare le stesse riflessioni per ciò che concerne le metodologie adottate in tema di valutazione permanente, sistemi premianti, affidamento incarichi, progressione orizzontali, orario di lavoro, disciplina dello straordinario e ogni altro elemento che possa incidere nella vita lavorativa del dipendente.

È ovvio che gestioni differenti provochino effetti differenti con la conseguenza di diversità di trattamenti che con la fusione delle tre Aziende sono state immediatamente riscontrate dai dipendenti e dalla parti sociali. La creazione di una disciplina unica cui fare riferimento per una corretta gestione delle risorse umane aziendali, con conseguenti effetti positivi sulla produttività delle stesse, ha costituito e continua a costituire, un obiettivo fondamentale.



Sono stati realizzati una serie di adempimenti di tipo contrattuale e si è cercato di instaurare un confronto con le parti sociali presenti in azienda al fine di recepire le considerazioni espresse. Si è cercato di porre in essere una serie di adempimenti contrattuali per rimuovere le anomalie derivanti da una procedura di fusione non ancora completata dal punto di vista sostanziale.

In tale contesto, purtroppo talune normative assessoriali in tema di gestione giuridica del personale hanno dapprima fornito indicazioni perentorie sulla scadenze per realizzare diversi adempimenti, contribuendo altresì a dirimere questioni interpretative e fornendo dunque un quadro sufficientemente chiaro delle attività da realizzare. Successivamente, tuttavia, sono arrivate una serie di note tese a posticipare l'assunzione di determinazioni che potessero risultare incompatibili con la strutturazione che il Sistema Sanitario Regionale dovrà assumere in tempi brevi.

Al momento della redazione del presente documento, esiste una situazione di stallo nella possibilità di conferire incarichi, limitata allo stretto indispensabile. Appare tuttavia plausibile ipotizzare uno sblocco in tempi brevi, motivo per cui questa Amministrazione ha posto in essere una serie di adempimenti all'assunzione delle determinazioni che si renderanno necessarie non appena saranno fornite indicazioni precise sui parametri di riferimento.

## **8. La misurazione della performance e gli adempimenti in tema di trasparenza**

Il D.Lgs. 150/09 aveva già introdotto una serie di novità nella gestione delle risorse umane in ambito pubblico, individuando in meritocrazia, selettività e trasparenza dei principi ispiratori cui adeguare la gestione delle risorse umane. In realtà, tali principi non costituiscono una novità assoluta per l'ordinamento giuridico essendo stati già previsti, disciplinati e, sia pure in casi sporadici, concretamente applicati. La vera novità è costituita dall'organicità della normativa, che prevede una serie di adempimenti ben cadenzati nel tempo e la possibilità di individuare il o i soggetti incaricati di realizzarli.

Il "ciclo della performance" - di cui anche il piano triennale costituisce una parte fondamentale - è la procedura attraverso cui la ASP di Agrigento persegue le finalità di misurare e valutare le performances a livello di struttura e di singoli operatori nell'ottica di dare concreta attuazione al sistema di incentivazione selettivo e incentrato su criteri realmente meritocratici che coinvolgono tutto il personale.

Il sistema di valutazione e verifica, tuttavia, non si esaurisce in una efficace programmazione, ma contempla anzi una serie di adempimenti da realizzare prima e durante il processo, tutti fondamentali per il buon funzionamento del sistema per come appreso meglio specificato.

Nel corso degli anni 2011 e 2012 sono già stati realizzati una serie di attività volte a migliorare la comunicazione e la trasparenza. Ad integrazione di quanto già introdotto, ad inizio anno 2012 è stata pubblicata la delibera CIVIT n. 3/2012 la quale amplia la portata delle innovazioni già introdotte dalla delibera CIVIT n.88/2010 in tema di trasparenza identificando una serie di targets da realizzare. I principali aspetti riguardano:





- Una maggiore attenzione al processo di definizione e gestione degli standard di qualità dei servizi, con particolare riferimento, tra l'altro, ai soggetti coinvolti;
- L'inserimento di indicazioni in merito alla definizione dell'elenco dei servizi, accentuandone l'impostazione dinamica;
- L'individuazione di dimensioni aggiuntive della qualità in relazione alle specificità dei servizi erogati;
- Alcuni riferimenti più espliciti al collegamento fra standard di qualità e ciclo di gestione della performance;
- La previsione di maggiori informazioni relativamente alle modalità di coinvolgimento degli stakeholder e alla conduzione di indagini sulla soddisfazione degli utenti;
- Alcune ulteriori precisazioni relative alla gestione dei reclami e dei meccanismi di indennizzo automatico.

E' stata inoltre inserita la Carta dei servizi sul sito istituzionale nell'apposita sezione, oltre ad una serie di informazioni utili a rappresentare la customer satisfaction attraverso la rappresentazione della qualità percepita.

## **9. L'amministrazione in cifre**

Il piano della performance non costituisce una mera individuazione di obiettivi strategici ed operativi da realizzare ma prevede una stretta relazione con le risorse a disposizione per il raggiungimento degli stessi. Il D.Lgs. 150/09, infatti, non introduce tale logica ma conferma quanto già disciplinato in termini di responsabilizzazione, dal momento che qualunque contrattazione realizzata, a qualunque livello gerarchico avvenga, deve essere legata alla quantità e qualità di risorse messe a disposizione per la stessa. A tale principio non sfugge la programmazione all'interno del Sistema Sanità, in cui anzi è stato dimostrato come spesso la domanda abbia preso il sopravvento sulla pianificazione inducendo l'offerta o semplicemente determinando una distribuzione difforme tra i diversi tipi di assistenza rispetto a quanto ipotizzato al momento della distribuzione delle risorse. Tale circostanza, in un contesto di risorse limitate, ha determinato:

- la necessità di rivedere i sistemi di allocazione delle risorse tra i vari operatori - Aziende e articolazioni delle stesse - stante l'incapacità del sistema di pervenire attraverso meccanismi automatici ad un'allocazione ottimale delle risorse;
- il potenziamento della programmazione e dei sistemi di verifica sul raggiungimento degli obiettivi.

Per quanto sopra menzionato si è reso obbligatorio, anche per le aziende sanitarie, porre in essere stretti collegamenti tra programmazione sanitaria e documenti di bilancio, preventivi e consuntivi. A tal fine si prevede che, a regime, possano essere dettate discipline specifiche anche per uniformare la redazione dei documenti allegati al bilancio alla nota integrativa.



Tali modifiche, tuttavia, appaiono possibili solo a regime; ad oggi occorre sicuramente tener conto delle indicazioni fornite dalla CIVIT e contenute all'interno delle delibere 1/2012 e 2/2012 sul sempre più stretto legame che deve intercorrere tra programmazione e stesura dei documenti di programmazione.

Il bilancio preventivo, infatti, ancorché non siano stati ancora individuati i legami tra le poste di bilancio e le singole strutture, costituisce il punto di partenza dell'individuazione delle risorse a disposizione.

Il governo economico delle risorse umane, di rilevante importanza vista l'incidenza del costo del personale sul bilancio di tutte le Aziende Sanitarie, segue invece una logica di verifica diversa e per certi versi sicuramente più ampia di quella legata al calcolo del relativo costo.

E' infatti individuata in sede di contrattazione del budget l'entità di risorse umane a disposizione del responsabile di struttura complessa, nella consapevolezza che l'attribuzione di tali risorse non può essere più ampia dell'ammontare determinato sulla base della consistenza della massa finanziaria riconosciuta a questa azienda.

## 10. Chi siamo, cosa facciamo come operiamo

In questa sezione sono illustrate, ai sensi di quanto previsto dalla delibera CIVIT n° 112/2010, le informazioni salienti sul mandato aziendale e sulle caratteristiche organizzativo/ gestionali al fine di rendere l'attività più trasparente per i suoi fruitori.

Nello specifico:

- **Chi siamo:** questa Amministrazione garantisce il perseguimento degli obiettivi prefissati nell'ottica del miglioramento e sulla base di un sistema di responsabilizzazione degli operatori ai quali ci si è prefissato l'obiettivo di fornire indicazioni precise sul ruolo e sul mandato loro affidato. A tal fine si auspica un miglioramento continuo anche sul versante della capacità di stimare il fabbisogno espresso dal cittadino e di tradurlo in azioni che garantiscano la miglior risposta assistenziale in relazione alle risorse disponibili.
- **Cosa facciamo:** questa Amministrazione individua annualmente il complesso delle attività sanitarie e socio assistenziali da garantire in relazione al fabbisogno sanitario espresso e pone in essere tutti gli adempimenti idonei alla realizzazione degli obiettivi prefissati nell'ottica del miglioramento continuo della qualità e nel perseguimento dell'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni rese.
- **Come operiamo:** questa Amministrazione, consapevole della propria *mission*, individua nella rete territoriale *Hub e Spoke*, nonché nella continuità assistenziale ospedale-territorio, il percorso virtuoso finalizzato a soddisfare il bisogno di salute dell'utenza della provincia di Agrigento. Quanto sopra allo scopo di perseguire il soddisfacimento dei LEA nonché la riduzione della mobilità passiva innalzando il livello di protezione. Questo Piano della performance intende fornire, anche ai fini della trasparenza, un quadro



chiaro e degli obiettivi prefissati, dei soggetti delegati delle diverse fasi e delle metodologie di verifica poste in essere a garanzia della correttezza del percorso.

## 2 - L'analisi del contesto interno ed esterno

### 1. Punti di forza e debolezza interni, opportunità e minacce interne

Questa sezione vuole fornire indicazioni specifiche in tema di analisi SWOT, una metodologia pensata per affrontare i problemi basandosi su una matrice divisa in quattro campi dedicati rispettivamente a punti di forza e debolezza, alle opportunità e alle minacce.

Tale tecnica di lavoro impone una strategia di approccio ai problemi che deve necessariamente tenere conto di tutti i quattro fattori, impedendo di concentrarsi - anche inconsapevolmente - su un'unica prospettiva.

Sotto questo punto di vista, il Gruppo di Lavoro ha analizzato il contesto sanitario di riferimento approfondendo le tematiche inerenti le quattro prospettive di osservazione della griglia, calandoli sul caso concreto della ASP di Agrigento dal momento che anche la programmazione regionale è stata concepita con la stessa metodologia, così come si desume dall'individuazione di una serie di miglioramenti da apportare per rimuovere carenze strutturali. Nello specifico, sono stati sinteticamente individuati i seguenti fattori:

#### • Punti di forza:

- Miglioramento del sistema sanitario regionale in grado, grazie alle modifiche apportate, di migliorare la tempistica nell'individuazione delle programmazioni aziendali e di garantire una distribuzione delle risorse più congrua in relazione alle attività rese;
- Implementazione di sistemi interaziendali di programmazione in grado di agevolare la rimozione delle sistematiche duplicazioni nell'offerta assistenziale e di garantire programmi integrati (es. programma di Bacino);
- Disponibilità in Azienda di professionalità da valorizzare e opportunità di riscrivere tutte le regole aziendali in termini meritocratici;
- Disponibilità di procedure interne unificate derivanti dall'accorpamento ed in gran parte già realizzate rispetto allo scorso anno;

#### • Punti di debolezza:

- Carenze strutturali per rimuovere le quali non sono sufficienti interventi di ordinaria amministrazione bensì profonde innovazioni del sistema sanitario;



- Necessità di ricevere indicazioni in tempi brevi per la revisione dell'organizzazione aziendale;
- **Opportunità:**
  - Possibilità di interagire con altre strutture in un'ottica di proficua collaborazione nell'ottica di migliorare il servizio;
  - Possibilità di percorrere sentieri di gestione del ciclo della performance realmente idonei a valorizzare le professionalità migliori con possibili ricadute positive sul clima in Azienda e, conseguentemente, sull'efficacia
- **Minacce:**
  - Possibilità che il mancato rispetto degli impegni a livello di bacino assunti da altre amministrazioni si traduca in uno scadimento quali-quantitativo dell'offerta assistenziale per l'utenza della provincia di Agrigento;
  - Possibilità che i processi non riescano a tenere conto del momento storico e si traducano in un danno per gli operatori per i quali si profila il rischio di non potere procedere all'erogazione del salario di risultato senza responsabilità dirette loro o dell'amministrazione di appartenenza.



### 3 – Analisi quali-quantitativa delle risorse umane

#### 1. Analisi caratteri quali-quantitativi

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	49,57
Età media dei dirigenti (anni)	50,74
Tasso di crescita unità di personale negli anni	2,48%
% di dipendenti in possesso di laurea	28,22 % sul totale
% di dirigenti in possesso di laurea	25,22%
Ore di formazione (media per dipendente)	
Turnover del personale	89%
Costi di formazione/spese del personale	

#### 2. Analisi benessere organizzativo

Indicatori	Valore	
Tasso di assenze	3,52 %*	
Tasso di dimissioni premature		
Tasso di richieste di trasferimento	2,6%	
Tasso di infortuni	2,6%	
Stipendio medio percepito dai dipendenti	Comparto: 2.278	Dirigenza: 6.059
% di personale assunto a tempo indeterminato	10,1%	



### 3. Analisi di genere

Indicatori	Valore		
% di dirigenti donne	Comparto: 55,55%	Dirigenza: 38,35%	
% di donne rispetto al totale del personale	50,92%		
Stipendio medio percepito dal personale donna (distinto per personale dirigente e non)	Comparto: 2.331	Dirigenza: 5.793	
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	69%		
Età media del personale femminile (distinto per personale dirigente e non)	Comparto: 51,81	Dirigenza: 52,62	Totale 52,21
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	20,36%		
Ore di femminile formazione (media per dipendente di sesso femminile)			

**\*Dato desunto dalle comunicazioni sulle assenze rese al dipartimento della funzione pubblica**



## 4 – Gli obiettivi individuati e gli indicatori

### 1. Il contenuto

Gli obiettivi operativi per l'anno 2013, la cui tecnica di individuazione e delega è stata in parte descritta e sarà oggetto di illustrazione nell'ambito del sistema di gestione della performance, costituiscono la prosecuzione logica di quanto già avviato negli anni 2011 e 2012. L'individuazione intende perseguire la fattiva collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali tanto sanitarie quanto amministrative, sia all'interno delle strutture ospedaliere sia nell'ambito dell'area territoriale. A tal fine, gli obiettivi della Direzione derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente fornite in sede assessoriale nonché quelli del sistema di valutazione dei direttori generali, sono oggetto di espressa evidenziazione a tutti i dirigenti apicali e costituiscono il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e comparto.

La programmazione e le azioni già realizzate nonché quella da porre in essere dovranno consentire di migliorare ulteriormente qualitativamente e quantitativamente i livelli essenziali di assistenza facendo sì che l'erogazione degli stessi sia efficace ed appropriata e quanto più possibile omogenea su tutto il territorio provinciale, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico imposto dalla L.R. 5/09.

Per l'anno 2013, per la stesura e la presentazioni dei piani operativi, si farà riferimento al piano di realizzazione della performance, all'interno del quale sono evidenziati i seguenti passaggi logici fondamentali:

- Illustrazione preventiva degli obiettivi ai dirigenti apicali, negoziazione ed assegnazione del budget definitivo. La programmazione annuale con le Unità Operative Interne è operata mediante il processo di budget, strumento con cui le risorse umane, finanziarie e tecnologiche vengono allocate alle singole articolazioni, alle quali sono affidati gli obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità. Il valore di alcuni indicatori e obiettivi, stante le specificità caso per caso, sarà oggetto di analisi in sede di negoziazione del budget al fine di individuare valori congrui per la misurazione. La Direzione Generale, pertanto predispose le schede



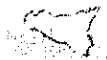
di budget, negozierà obiettivi, indicatori e relativi valori nonché il peso % assegnato a ciascun indicatore (in funzione della rilevanza strategica degli obiettivi medesimi e tenuto conto anche delle risorse disponibili).

- I Direttori delle UU.OO.C.C., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Assistenza Sanitaria di Base, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi sopra individuati, sia generali che specifici attinenti la propria area, coinvolgeranno nella fase di attuazione degli obiettivi negoziati tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto. Sarà cura dei responsabili delle diverse articolazioni aziendali garantire gli adempimenti necessari i fini della verifica concomitante e susseguente degli obiettivi assegnati, illustrando obiettivi e criteri di valutazione e trasmettendo alla Direzione le informazioni necessarie per la conoscenza di tutte le variabili, nello specifico verbali di assegnazione di obiettivi e di individuazione dei criteri e schede di valutazione preventive, oltre a tutte le altre informazioni che si dovessero rendere necessarie in corso di opera per informare tempestivamente la Direzione sull'andamento della gestione;
- I responsabili delle Unità Operative Complesse predisporranno e trasmetteranno i rispettivi Piani Operativi Preventivi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza sia in forma cartacea che per posta elettronica, dovranno pervenire, entro giorni sette dalla sottoscrizione del budget, alla Direzione Aziendale tramite la U.O. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione.
- I piani di lavoro Operativi Preventivi da presentare possono prevedere, oltre gli obiettivi individuati con la presente, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intende realizzare nel corso dell'anno 2013 e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili. Nei medesimi piani di lavoro Operativi Preventivi devono anche essere esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.





- A ciascun responsabile di U.O.C. compete la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del salario di risultato;
- Monitoraggio degli Obiettivi: La U.O. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione predisporrà il controllo concomitante degli obiettivi assegnati anche attraverso la raccolta dei dati di attività trimestrali resi dalle unità operative complesse. Gli obiettivi verranno controllati periodicamente con cadenza trimestrale. Entro il range settimanale compreso tra il giorno 16 e il giorno 23 dei mesi di Aprile 2013, Luglio 2013, Ottobre 2013 e Gennaio 2014, le UU OO CC trasmetteranno via mail i dati di attività corredati da report sintetico trimestrale attestante lo stato di attuazione degli obiettivi. Parallelamente verranno riprodotti, in modo sistematico, i dati sulle attività e sull'utilizzo delle risorse al fine di controllare la coerenza dell'andamento della gestione con gli obiettivi assegnati, ed adottare eventualmente azioni correttive. Sarà messa a regime la Contabilità Analitica per centri di Costo ed in tal senso opererà il Servizio Informatico allestendo per la U.O. Pianificazione, Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione un apposito cruscotto direzionale (Tableau du bord) finalizzato a monitorare pedissequamente le performance rese dalle macrostrutture. Il costante feedback operativo-gestionale prevedrà altresì anche specifiche convocazioni semestrali dei direttori di macrostruttura nel corso del 2013 (audit) al fine di valutare la congruenza tra gli obiettivi assegnati e il soddisfacimento degli stessi.
- A consuntivo la Direzione Generale, procederà alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si baserà sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5 del 2009;
- La valutazione della performance, sulla base di espressa disposizione assessoriale, avrà ad oggetto sia i risultati rilevati con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori (performance individuale).



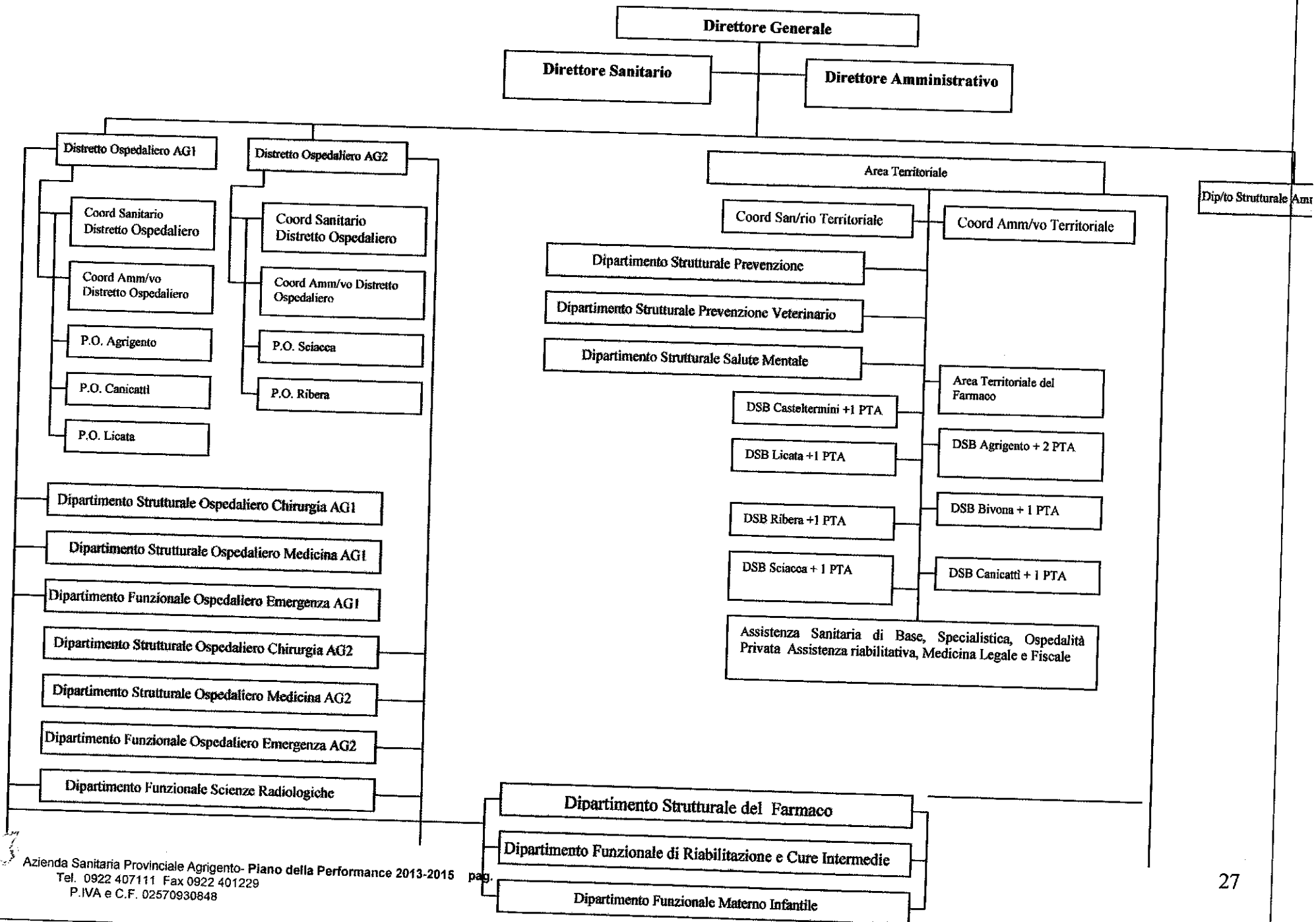
La delibera 112 della CIVIT individuava, per ciascun obiettivo, l'obbligo di prevederne una descrizione, la formula dell'indicatore, il valore storico, il valore di benchmark, il target per l'anno in corso e quello per i due successivi anni.

Tali obiettivi di chiarezza e trasparenza sono stati oggetto di ulteriore integrazione sulla base di espressa disciplina assessoriale che impone di evidenziare la tipologia di indicatori da utilizzare per le verifiche, corredando tale indicazione delle necessarie formule di calcolo.

Nella redazione del presente piano, si sono privilegiati obiettivi chiari, la cui formula di calcolo appaia facilmente comprensibile al pari delle unità di misura e la cui fonte sia facilmente individuabile. Il confronto con i dati storici e il valore di benchmark, tuttavia, risulta difficile individuazione per due ordini di motivi: l'accorpamento in essere rischia di rendere la somma algebrica delle prestazioni rese dalle precedenti fuorviante. In tale ottica il presente piano costituisce la base di lavoro per le verifiche che sarà possibile realizzare in futuro. In riferimento al valore di Benchmark, la specificità sanitaria fa sì che un valore di riferimento presso un'altra struttura possa, in relazione al contesto in cui la stessa è resa, risultare non omogenea rispetto alla stessa attività all'interno della ASP. Per questa motivazione, stante l'obbligo previsto dalla L.R. 5/2009 di uniformare l'offerta assistenziale si ritiene opportuno rinviare il confronto con altre strutture al momento in cui saranno a disposizione dei sistemi informativi uniformi e un quadro chiaro dell'offerta assistenziale regionale.

Nell'individuazione degli obiettivi si fa riferimento all'articolazione aziendale così come derivante dall'atto aziendale approvato con deliberazione 1088 del 18/11/2010. La strutturazione è dunque rappresentata dalla figura seguente.





## **2.Gli obiettivi assegnati al personale dirigente**

Nella presente sezione sono evidenziati gli obiettivi del personale dirigente. Nella stesura dei prospetti che seguono si individuano dapprima gli obiettivi comuni, con espressa indicazione dei macro insiemi di operatori interessati e poi quelli analiticamente riferibili alle diverse articolazioni aziendali.

**Tutti gli obiettivi contribuiscono al perseguimento della performance organizzativa e caratterizzano quella individualmente rilevata costituendo per questo motivo un prerequisito per l'accesso alla distribuzione del salario di risultato.**

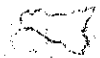
**La corretta applicazione delle norme regolamentari aziendali per la valutazione delle performances costituisce per i dirigenti di struttura complessa un imprescindibile obiettivo finalizzato a misurare il grado di partecipazione individuale alla casistica dei singoli servizi.**

A tal fine dovrà essere garantita l'informazione preventiva, concomitante e susseguenti di tutti gli operatori



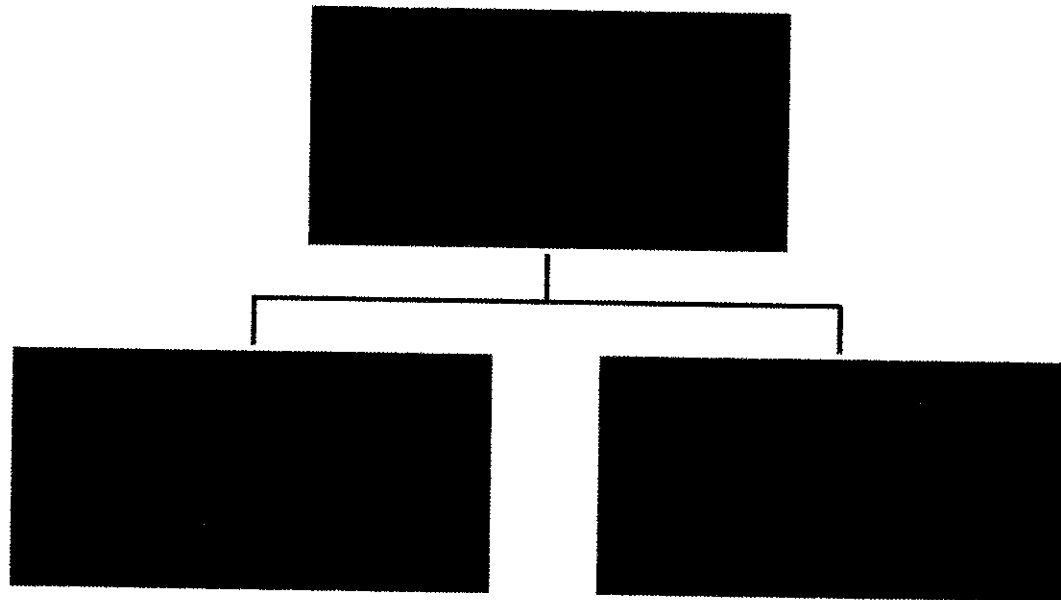
# Obiettivi Area Sanitaria

<b>Obiettivi comuni per tutti i centri di responsabilità di tipo sanitario</b>				
<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<b>Puntuale e Tempestiva Trasmissione dei dati e dei flussi</b>	Trasmissione completa e puntuale dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi di scadenza previsti	100% N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere	Trimestrale	10



<b>Riduzione della spesa farmaceutica indotta</b>	Uso obbligatorio del ricettario SSN nell'ambito dell'attività ambulatoriale ospedaliera e territoriale con divieto assoluto della prescrizione con ricettario bianco.	100% Attestazione dei dirigenti medici e del Direttore di UOC	Trimestrale	5
<b>Censimento/Valorizzazione Risorse Umane e Inventario Arredi/ Attrezzature e Beni</b>	Rilevazione trimestrale delle Risorse Umane all'interno delle UU.OO.CC. distinte per matricola e ruolo. Raccolta dei curricula aggiornati, controllo degli ECM previsti.	N° 3 Report trimestrali	Trimestrale	5
	Censimento Arredi, Attrezzature Beni in dotazione esclusiva della UOC.	N° 1 Inventario Arredi e N° 1 Inventario Attrezzature in formato elettronico	Annuale al 31 12 2013	
<b>Valorizzazione magazzino materiali di consumo sanitari e non sanitari</b>	Inventario di magazzino semestrale con valorizzazione quantitativa ed economica del materiale sanitario e non sanitario di consumo esistente.	n.2 inventari Mat. sanitario e n.2 inventari Mat. non sanitario	30.06.2013	5
			31.12.2013	
<b>Rispetto del plafond turni di Pronta Disponibilità e Fondo Lavoro Straordinario</b>	Ottimizzazione dei turni di servizio secondo deliberazione aziendale in PD e o in regime straordinario e relativa predisposizione di un calendario di controllo orario di lavoro reso dai dipendenti.(BANCA ORE)	Report trimestrale attestante le ore rese in PD/istituzionali/straordinario distinte per nominativo	Trimestrale	5





**DIPARTIMENTI OSPEDALIERI AGI**

- Dipartimento Funzionale di Emergenza
- Dipartimento Strutturale di Chirurgia
- Dipartimento Strutturale di Medicina

**DIPARTIMENTI OSPEDALIERI AG 2**

- Dipartimento Funzionale di Emergenza
- Dipartimento Strutturale di Chirurgia
- Dipartimento Strutturale di Medicina

Dipartimento Funzionale Interdistrettuale di Scienze Radiologiche

**COORDINATORI SANITARI DISTRETTI OSPEDALIERI AG 1 e AG 2**



OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2013 Obiettivi AGENAS 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2013 (Obiettivi Agenas) per l'area ospedaliera	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo e dagli Obiettivi Agenas	Trimestrale	<b>30</b>
<b>Miglioramento della performance organizzativa: EFFICACIA e APPROPRIATEZZA</b>	Completamento procedure di attivazione dei PL per acuti, e postacuti secondo le direttive aziendali	Apertura PL	31.03.2013	<b>30</b>
	Prevenzione Tromboembolismo venoso attraverso un costante monitoraggio dell'applicazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso nei Distretti Ospedalieri ( di concerto con UO .Risk Management)	Monitoraggio dell'applicazione della Raccomandazione Report	Trimestrale	
	Antibiotico Profilassi Perioperatoria :Implementazione linea guida ( di concerto con UO.Risk Management)	Monitoraggio applicazione della linea guida /Report	Trimestrale	
	Incremento Attività in DAY SERVICE, DAY HOSPITAL DAY SURGERY : Definizione di procedure per il miglioramento dell'appropriatezza delle attività in Day service Dh e D Su per i DRG subordinati alle direttive regionali	N* attività in DS -DH DSu 2013 > 10 % del N° attività DS DH DSu 2012	Trimestrale	
	ESITI: PDTA Femore Tagli cesarei IMA BPCO ICTUS	Presentazione Web Site PNER + Delibera PDTA	Trimestrale	
	PACA( Piano Annuale Controlli Analitici) al fine di prevenire e sanzionare gli eventuali comportamenti opportunistici	Delibera NOC + Controlli entro le tempistiche	Trimestrale	
	Piano Miglioramento della attività ambulatoriale per ogni PO	Piano + Monitoraggio in itinere del Piano	Trimestrale	
	Monitoraggio flussi mobilità attiva e passiva per U.O.	N° 1 progetto + N° 4 report	Trimestrale	
<b>Reti assistenziali Hub e Spoke e Reti virtuali</b>	Implementazione Reti Cliniche nell'ottica della integrazione H-T	N° 3 audit	Trimestrale	<b>5</b>
	Monitoraggio ed implementazione reti "virtuali"(Telemedicina e teleconsulto")	N° 2 report	Trimestrale	
<b>PROGETTO CUP-SSRS: Attivazione Centro Unico di Prenotazione Regionale prestazioni Specialistiche ambulatoriali</b>	Gestire l'intero ciclo di prenotazioni delle prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la messa in rete nel sistema sanitario regionale (SovraCup)	Redazione progetto di adesione	31 03 2013	<b>5</b> 32
		Stato di avanzamento lavori	30 06 2013	
		Attivazione SovraCup	31 12 2013	



## DIREZIONI SANITARIE DI PRESIDIO (Agrigento - Sciacca - Canicatti-Licata-Ribera)

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2013- Obiettivi AGENAS 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2013 (Obiettivi Agenas) per l'area ospedaliera	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo/Ob Agenas	Trimestrale	<b>15</b>
<b>OPEN DAY con i Comitati Consultivi Aziendali Aggiornamento Portale "Costruire Salute"</b>	Istituzione di apposita giornata formativa/Informativa finalizzata ad esplicitare le attività sanitarie del P.O. con il Comitato Consultivo Aziendale e collegamento con il Portale "Costruire Salute"	Aggiornamento Portale Redazione Brochure Realizzazione Evento entro il 30 06 2013	Semestrale	<b>5</b>
<b>Miglioramento performance organizzativa , dell'appropriatezza dei ricoveri e riduzione della mobilità passiva</b>	Analisi dei Ricoveri, delle Prestazioni, Ambulatoriali, costante monitoraggio flussi di mobilità attiva e passiva. Monitoraggio liste di attesa e contenimento dei tempi di attesa entro i limiti previsti dalla normativa.	Redazione Piano Miglioramento per PO(31 03 2013) Report	Trimestrale	<b>5</b>
	NOC.Implementazione qualitativa del sistema dei controlli PACA delle cartelle cliniche al fine di ridurre i comportamenti opportunistici.	Partecipazione NOC + PACA	Trimestrale	<b>10</b>
	Esiti: Collegamento WEB Site ed attività Formativa	N.2 Eventi Formativi per PO	Trimestrale	<b>5</b>
	Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento( STU-Scheda terapia Unica,+ CCI-Cartella Clinica Informatizzata)	N° 4 atti 100%	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Attività di vigilanza, controllo e verifica</b>	Controlli trimestrali e verifica vitto e servizi di pulizia.	N. 4 riunioni+ N. 4 verbali	Trimestrale	<b>5</b>
	Controlli trimestrali e verifica sulle infezioni ospedaliere	N. 4 riunioni+ N. 4 verbali	Trimestrale	<b>5</b>
	Aree Critiche: Programmazione Controllo e Verifica Interna Mensile parametri microclimatici ambientali e microbiologici.	N. 4 report	Trimestrale	<b>5</b>
	Controllo e Verifica sulle sale operatorie	N. 4 riunioni + N. 4 verbali	Trimestrale	<b>5</b>



# DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

## Ag 1

## Ag 2

<b>Medicina e Chirurgia d'accettazione d'urgenza</b>	<b>Medicina e Chirurgia d'accettazione d'urgenza</b>
<b>Anestesia e Rianimazione</b>	<b>Anestesia e Rianimazione</b>
<b>Patologia Clinica</b>	<b>Patologia Clinica</b>
<b>Medicina Trasmfusionale</b>	<b>Medicina Trasmfusionale</b>
<b>UTIN</b>	<b>Emodinamica</b>
<b>Medicina Nucleare</b>	<b>Cardiologia Interventistica</b>
<b>Emodinamica</b>	
<b>Cardiologia Interventistica(UTIC)</b>	



## DIPARTIMENTO FUNZIONALE EMERGENZA AG 1 e AG 2

<b>PAA 2013/ S.V. Agenas</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema Valutazione Agenas degli obiettivi del Direttore Generale	100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal PAA e SVAgenas	Trimestrale	<b>30</b>
<b>Empowerment del Cittadino Utente</b>	Promozione di politiche di partecipazione dei Cittadini Utenti attraverso : L'aggiornamento, per quanto di competenza, del Portale "Costruire Salute" La realizzazione, di concerto con i Direttori Sanitari dei P.O., di un <i>Open Day</i> di Dipartimento con finalità illustrativa/divulgativa alla presenza del Comitato Consultivo Aziendale e in collaborazione con la UO Comunicazione La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento	N° 1 Aggiornamento Portale N° 1 Open Day N° 1 Opuscolo di Dipartimento	Annuale	<b>10</b>
<b>Istituzione PL indistinti DEA</b>	Progetto sperimentale di gestione di PL indistinti DEA per la riduzione dei ricoveri impropri e una migliore gestione del turn over dei posti letto acuto di area medica e chirurgica.	Progetto per PO Regolamento e Procedure Gestione PL indistinti	Trimestrale	<b>30</b>



## UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza PO AGRIGENTO

<b>INTEGRAZIONE H- T Monitoraggio Ambulatorio Codici Bianchi</b>	Progetto condiviso di miglioramento della Gestione "Codici Bianchi" Verifica del contributo reso dagli ambulatori Codici Bianchi	Piano di Miglioramento + 4 Report	Trimestrale	<b>5</b>
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo codice di accesso(Triage)	Report trimestrale	Trimestrale	<b>5</b>
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Allineamento dei percorsi assistenziali in Pronto Soccorso alle linee guida redatte nel 2011 ed alle procedure Joint Commission	N° 4 audit 100%	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto Emergency Department</b>	N° di azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria	100%	Trimestrale	<b>20</b>
<b>Ottimale occupazione posti letto. Riduzione ricoveri inappropriati</b>	Piena utilizzazione dei posti letto tecnici (di astanteria e OBI) finalizzata alla riduzione dei ricoveri inappropriati;	Tasso di occupazione posti letto tecnici 90%	Trimestrale	<b>20</b>
<b>Istituzione PL indistinti DEA</b>	Adesione al progetto sperimentale di gestione di PL indistinti DEA per la riduzione dei ricoveri impropri e una migliore gestione del turn over dei posti letto acuto di area medica e chirurgica.	Report	Trimestrale	<b>10</b>



## UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (PRONTO SOCCORSO) P.O. SCIACCA

<b>INTEGRAZIONE H- T Monitoraggio Ambulatorio Codici Bianchi</b>	Progetto condiviso di miglioramento della Gestione "Codici Bianchi" Verifica del contributo reso dagli ambulatori Codici Bianchi	Piano di Miglioramento + 4 Report	Trimestrale	5
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo codice di accesso(Triage)	Report trimestrale	Trimestrale	5
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Allineamento dei percorsi assistenziali in Pronto Soccorso alle linee guida redatte nel 2011 ed alle procedure Joint Commission	N° 4 audit 100%	Trimestrale	10
<b>Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto Emergency Department</b>	N° di azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria	100%	Trimestrale	20
<b>Ottimale occupazione posti letto. Riduzione ricoveri inappropriati</b>	Piena utilizzazione dei posti letto tecnici (di astanteria e OBI) finalizzata alla riduzione dei ricoveri inappropriati;	Tasso di occupazione posti letto tecnici 90%	Trimestrale	20
<b>Istituzione PL indistinti DEA</b>	Adesione al progetto sperimentale di gestione di PL indistinti per PO DEA per la riduzione dei ricoveri impropri e una migliore gestione del turn over dei posti letto acuto di area medica e chirurgica.	Report	Trimestrale	10



## UOS Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. CANICATTI'

<b>INTEGRAZIONE H- T Attivazione Ambulatorio Codici Bianchi</b>	Progetto condiviso di attivazione della Gestione "Codici Bianchi" Verifica del contributo reso dagli ambulatori Codici Bianchi	Progetto + 4 Report	Trimestrale	10
<b>Andamento temporale dei volumi di prestazioni</b>	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	5
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo codice di accesso(Triage)	Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Allineamento dei percorsi assistenziali in Pronto Soccorso alle linee guida redatte nel 2011 ed alle procedure Joint Commission	N° 4 audit 100%	Trimestrale	15
<b>Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto Emergency Department</b>	N° di azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria	100%	Trimestrale	20
<b>Ottimale occupazione posti letto. Riduzione ricoveri inappropriati</b>	Piena utilizzazione dei posti letto tecnici (di astanteria e OBI) finalizzata alla riduzione dei ricoveri inappropriati;	Tasso di occupazione posti letto tecnici 90%	Trimestrale	10



## UOS Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. LICATA

<b>INTEGRAZIONE H- T Attivazione Ambulatorio Codici Bianchi</b>	Progetto condiviso di attivazione della Gestione "Codici Bianchi" Verifica del contributo reso dagli ambulatori Codici Bianchi	Progetto + 4 Report	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Andamento temporale dei volumi di prestazioni</b>	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	4 Report	Trimestrale	<b>5</b>
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo codice di accesso(Triage)	4 Report	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Allineamento dei percorsi assistenziali in Pronto Soccorso alle linee guida redatte nel 2011 ed alle procedure Joint Commission	N° 4 audit 100%	Trimestrale	<b>15</b>
<b>Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto Emergency Department</b>	N° di azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria	N° \$ azioni Di Miglior. 100%	Trimestrale	<b>20</b>
<b>Ottimale occupazione posti letto. Riduzione ricoveri inappropriati</b>	Piena utilizzazione dei posti letto tecnici (di astanteria e OBI) finalizzata alla riduzione dei ricoveri inappropriati;	Tasso di occupazione posti letto tecnici 90%	Trimestrale	<b>20</b>



## PTE P.O. RIBERA

<b>Andamento temporale dei volumi di prestazioni</b>	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	Report	Trimestrale	20
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo accesso	Report	Trimestrale	20
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Rispetto dei percorsi assistenziali in Emergenza secondo D.A. Allineamento sperimentale alle procedure secondo Standard Joint Commission	N° 4 audit 100%	Trimestrale	30





## U.O.C. Cardiologia UTIC PO AGRIGENTO

<b>Bed Management Mantenimento Performance Ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	20
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG Medici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	<b>RETE IMA</b>	Partecipazione attiva alla rete		
<b>Redazione LLGG IMA e SCC e Aritmologia e PDTA</b>	Produzione Documentale condivisa	Deliberazione LLG PDTA	Trimestrale	20
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013</b>	Secondo Cronoprogramma Aziendale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	20
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	5
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C. Cardiologia UTIC PO SCIACCA

<b>Bed Management Mantenimento Performance Ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	20
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG Medici rispetto al 2012	N. DRG Medici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	<b>RETE IMA</b>	Partecipazione attiva alla rete		
<b>Redazione LLGG IMA e SCC e Aritmologia e PDTA</b>	Produzione Documentale condivisa	Deliberazione LLG PDTA	Trimestrale	20
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013</b>	Secondo Cronoprogramma Aziendale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	20
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	5
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



# U.O.C. Cardiologia UTIC PO CANICATTI'

<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento Performance Ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%, relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90%- 150%	Trimestrale	20
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° Prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG Medici rispetto al 2012	N. DRG Medici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	RETE IMA	Partecipazione attiva alla rete		
Redazione LLGG IMA e SCC e Aritmologia e PDTA	Produzione Documentale condivisa	Deliberazione LLG PDTA	Trimestrale	20
Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013	Secondo Cronoprogramma Aziendale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	20
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	5
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## UOC Emodinamica AG 1

UOC Emodinamica AG 1				
<b>Effettuazione PTCA su pazienti ricoverati per IMA (STEMI)</b>	Trattare con PTCA gli episodi di IMA STEMI entro il giorno successivo a quello di ricovero	N° di PTCA effettuate entro il giorno (vale la data) successivo a quello di ricovero /N° totale IMA diagnosticati su pazienti residenti nella provincia Valore soglia 70%	Trimestrale	30
<b>RETE IMA</b>	Attivare il percorso di integrazione con le strutture della rete IMA	Report E Audit	Trimestrale	10
<b>Andamento temporale di volumi di prestazioni</b>	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	5
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione in sinergia con la UOC di Cardiologia	Report trimestrale	Trimestrale	5
<b>Monitoraggio temporale del costo per prestazione</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	5
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento	N° 4 atti 100%	Trimestrale	15



## UOC Emodinamica AG 2

<b>Effettuazione PTCA su pazienti ricoverati per IMA (STEMI)</b>	Trattare con PTCA gli episodi di IMA STEMI entro il giorno successivo a quello di ricovero	N° di PTCA effettuate entro il giorno (vale la data) successivo a quello di ricovero /N° totale IMA diagnosticati su pazienti residenti nella provincia Valore soglia 70%	Trimestrale	30
<b>RETE IMA</b>	Attivare il percorso di integrazione con le strutture della rete IMA	Report e Audit	Trimestrale	10
<b>Andamento temporale di volumi di prestazioni</b>	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	5
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione in sinergia con la UOC di Cardiologia	Report trimestrale	Trimestrale	5
<b>Monitoraggio temporale del costo per prestazione</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	5
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento	N° 4 atti 100%	Trimestrale	15



## UOC UTIN PO AGRIGENTO

<b>Ottimale occupazione posti letto</b>	Raggiungere un indice occupazionale dei posti letto non inferiore all'75% per i ricoveri ordinari e del 150% per quelli in DH e DS (relazionati questi ultimi anche ai Day Service e alle prestazioni ambulatoriali attivati)	75%	Trimestrale	10
		150% (DS (relazionati anche ai Day Service e alle prestazioni ambulatoriali attivati)	Trimestrale	
<b>Prevenzione della mortalità neonatale</b>	Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al neonato Riduzione mortalità per SIDIS	0-4%	Trimestrale	15
<b>Riduzione della percentuale di ricoveri inappropriati (DRG-LEA)</b>	Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri con spostamento al D.H./ D.S. o al Day Service, nonché garantire la riduzione dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente e per la medesima MDC , la riduzione dei ricoveri ordinari di un solo giorno e la riduzione dei ricoveri inappropriati di cui ai 43 drg (allegato 2c). L'indice di inappropriatezza si dovrà mantenere, per specifica fattispecie sopra richiamata, entro la soglia del 5%	5%	Trimestrale	15
<b>Tutela della maternità e promozione del percorso nascita Attivazione e messa a regime del modello organizzativo STEN</b>	Integrazione funzionale con i punti nascita e con la rete territoriale dell'emergenza secondo cronoprogramma progettuale PON 2011 8.1	100%	Trimestrale	20
<b>Miglioramento performance</b>	Peso medio DRG secondo quanto stabilito nel piano di rientro	Valori piano di rientro	Trimestrale	5
	Prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100%		5



## Anestesia e Rianimazione AG 1

<b>PAA 2013 Obiettivi AGENAS 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2013 (Obiettivi Agenas) per l'area ospedaliera	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo e dagli Obiettivi Agenas	Trimestrale	10
<b>Rete regionale Trapianti</b>	Espletamento N. 2 corsi di Formazione sulla donazione con il supporto del CRT	N. 2 Corsi	Trimestrale	5
	Partecipazione Rete	N° casi di morte cerebrale accertata	Trimestrale	5
<b>Rete terapia del dolore</b>	Implementazione del percorso di attivazione delle terapie del dolore Adesione al programma regionale Ospedale territorio senza dolore ed attivazione di percorsi specifici della terapie del dolore garantendo il necessario supporto professionale alle strutture della rete.	Progetto + Report	Trimestrale	5
<b>Rete Punti Nascita</b>	Attivazione PartoAnalgesia. Messa in Sicurezza della rete punti nascita. Promozione della qualità dell'assistenza al parto e al neonato secondo cronoprogramma aziendale	Disponibilità Assistenza anestesiologicala al parto	Trimestrale	10
<b>IVG</b>	Miglioramento della qualità e dell'assistenza all'IVG	<Tempi attesa Miglioramento del percorso	Trimestrale	5
<b>Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto Emergency Department</b>	N° di azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria	100%	Trimestrale	10
<b>Razionale utilizzo delle risorse</b>	Mantenimento ambulatorio anestesiologicalo;	Mantenimento 2 Report	Trimestrale	5
	Ottimizzare le visite anestesiologicalhe preoperatorie per efficientare la produzione del complesso operatorio ed il rispetto della tempistica delle sedute operatorie	Ottimizzazione 2 Report	Trimestrale	5
	Assicurare la valutazione preoperatoria dei pazienti attraverso una adeguata turnazione del personale medico che possa consentire la copertura di tutte le sedute operatorie programmate ed in urgenza	% sedute operatorie programmate garantite $\geq$ 95	Trimestrale	10



## Anestesia e Rianimazione AG 2

<b>PAA 2013 Obiettivi AGENAS 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2013 (Obiettivi Agenas) per l'area ospedaliera	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo e dagli Obiettivi Agenas	Trimestrale	10
<b>Rete regionale Trapianti</b>	Espletamento N. 2 corsi di Formazione sulla donazione con il supporto del CRT	N. 2 Corsi	Trimestrale	5
	Partecipazione Rete	N° casi di morte cerebrale accertata	Trimestrale	5
<b>Rete terapia del dolore</b>	Implementazione del percorso di attivazione delle terapie del dolore Adesione al programma regionale Ospedale territorio senza dolore ed attivazione di percorsi specifici della terapie del dolore garantendo il necessario supporto professionale alle strutture della rete.	Progetto + Report	Trimestrale	5
<b>Rete Punti Nascita</b>	Attivazione PartoAnalgesia. Messa in Sicurezza della rete punti nascita. Promozione della qualità dell'assistenza al parto e al neonato secondo cronoprogramma aziendale	Disponibilità Assistenza anestesiológica al parto	Trimestrale	10
<b>IVG</b>	Miglioramento della qualità e dell'assistenza all'IVG	<Tempi attesa Miglioramento del percorso	Trimestrale	5
<b>Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto Emergency Department</b>	N° di azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria	100%	Trimestrale	10
<b>Razionale utilizzo delle risorse</b>	Mantenimento ambulatorio anestesiológico;	Mantenimento 2 Report	Trimestrale	5
	Ottimizzare le visite anestesiológicas preoperatorie per efficientare la produzione del complesso operatorio ed il rispetto della tempistica delle sedute operatorie	Ottimizzazione 2 Report	Trimestrale	5
	Assicurare la valutazione preoperatoria dei pazienti attraverso una adeguata turnazione del personale medico che possa consentire la copertura di tutte le sedute operatorie programmate ed in urgenza	% sedute operatorie programmate garantite $\geq$ 95	Trimestrale	10





# Patologia Clinica AG 1

<b>Mantenimento dell'offerta</b>	Ottimizzazione dei tempi di esecuzione degli esami. Mantenimento della offerta per gli utenti esterni pari ai target raggiunti nel 2012.	Mantenimento prestazione per esterni pari ai target resi nel 2012	Trimestrale	15
<b>Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto Emergency Department</b>	Ulteriori N° 2 azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria	100% Almeno 2 Atti di Miglioramento	Trimestrale	10
<b>Andamento temporale dei volumi di prestazioni</b>	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Monitoraggio temporale del costo per prestazione (Ribaltamento dei costi)</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione (Ribaltamento dei costi)	Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento	N° 4 atti + 1 Corso BLS 100%	Trimestrale	15



## Patologia Clinica AG 2

<b>Mantenimento dell'offerta</b>	Ottimizzazione dei tempi di esecuzione degli esami. Mantenimento della offerta per gli utenti esterni pari ai target raggiunti nel 2012.	Mantenimento prestazione per esterni pari ai target resi nel 2012	Trimestrale	15
<b>Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto Emergency Department</b>	Ulteriori N° 2 azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria	100% Almeno 2 Atti di Miglioramento	Trimestrale	10
<b>Andamento temporale dei volumi di prestazioni</b>	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Monitoraggio temporale del costo per prestazione (Ribaltamento dei costi)</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione (Ribaltamento dei costi)	Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento	N° 4 atti + 1 Corso BLS 100%	Trimestrale	15



## UOC Medicina Trasfusionale PO Sciacca

<b>PAA 2013/ Agenas</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA /Agenas	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Trimestrale	10
<b>Monitoraggio temporale del costo per prestazione</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Incremento Donazione Sangue Cordonale</b>	Divulgazione della finalità della donazione e attività formativa dei Punti Nascita della ASP	Redazione Brochure Informativa N° 3 eventi formativi	Trimestrale	10
<b>Potenziamento Rete Trasfusionale</b>	Implementazione del Sistema Gestione di Qualità Aziendale dei Servizi Trasfusionali della ASP secondo DA 1141/10	N°3 Riunioni Verbalizzate N° 3 audit	Trimestrale	10
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Predisposizione applicazione e revisione di atti secondo DA 394/11	N° 3 neo procedure e loro applicazione N° 3 revisioni	Trimestrale	10
<b>Autosufficienza sangue ed emoderivati</b>	Incremento della donazione di plasma da aferesi	> 5% rispetto al 2012	Trimestrale	10
	Effettuazione di attività di formazione per aferesi per le strutture trasfusionali della ASP( Agrigento e Canicatti)	N° 3 eventi in house + n° 3 eventi on site	Trimestrale	
<b>Buon uso del sangue</b>	Vigilanza e verifica sul rispetto delle linee guida aziendali sul consumo appropriato di emocomponenti e prodotti plasma derivati	Redazione linea guida Aziendale Unica N° 1Report	Annuale	10



## UOC Medicina TrASFusionale Agrigento

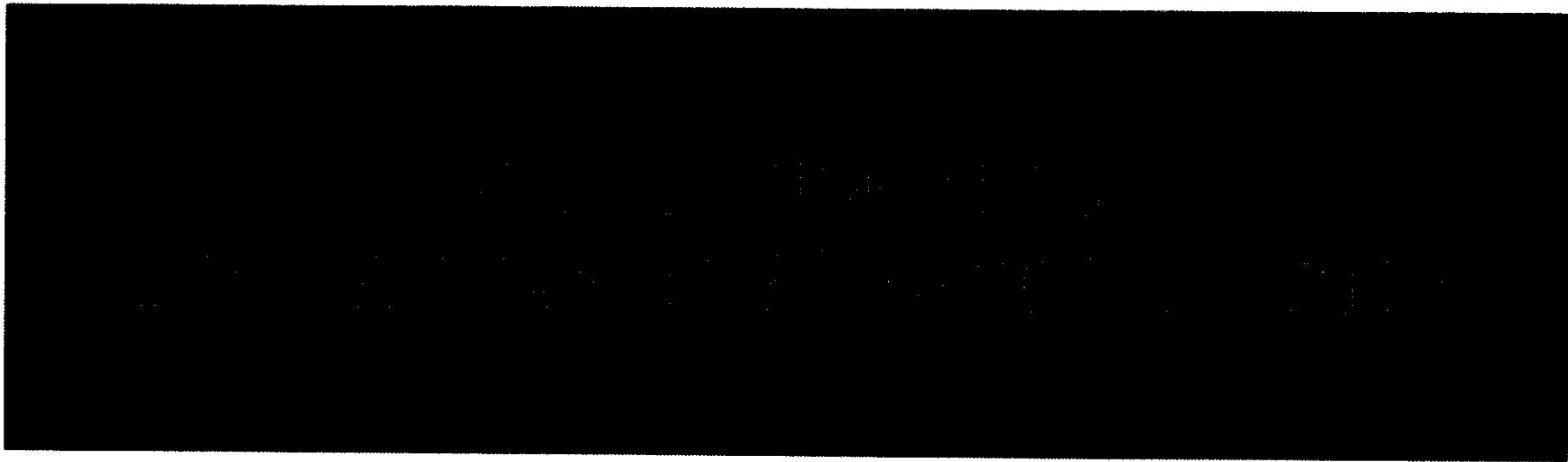
PAA 2013				
PAA 2013	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Trimestrale	10
<b>Monitoraggio temporale del costo per prestazione</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	5
<b>Incremento Donazione Sangue Cordonale</b>	Collaborazione con la UOC di Sciacca per la divulgazione delle finalità della donazione e valutazione della idoneità della coppia donatrice	Redazione Brochure Informativa N° 3 eventi formativi	Trimestrale	5
<b>Potenziamento Rete TrASFusionale</b>	Implementazione del Sistema Gestione di Qualità Aziendale dei Servizi TrASFusionali della ASP secondo DA 1141/10	N°3 Riunioni Verbalizzate N° 3 audit	Trimestrale	15
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Predisposizione applicazione e revisione di atti secondo DA 394/11	N° 3 neo procedure e loro applicazione N° 3 revisioni	Trimestrale	15
<b>Autosufficienza sangue ed emoderivati</b>	Incremento della cessione di plasma all'industria	➤ 3 %	Trimestrale	5
	Avvio procedure di aferesi produttiva (previa attività formativa resa dalla UOC Sciacca di Coordinamento secondo DA 1141/10)	Partecipazione N° 2 eventi in house + Partecipazione n° 2 eventi on site	Entro il 31 12 2013	10
		Esecuzione di almeno 25 procedure di afresi		
<b>Buon uso del sangue</b>	Vigilanza e verifica sul rispetto delle linee guida aziendali sul consumo appropriato di emocomponenti e prodotti plasma derivati	Redazione linea guida Aziendale Unica N° 1 Report	Annuale	5



## Medicina Trasfusionale PO Canicattì

Medicina Trasfusionale PO Canicattì				
<b>PAA 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Trimestrale	10
<b>Monitoraggio temporale del costo per prestazione</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	5
<b>Incremento Donazione Sangue Cordonale</b>	Collaborazione con la UOC di Sciacca per la divulgazione delle finalità della donazione e valutazione della idoneità della coppia donatrice	Redazione Brochure Informativa N° 3 eventi formativi	Trimestrale	5
<b>Potenziamento Rete Trasfusionale</b>	Implementazione del Sistema Gestione di Qualità Aziendale dei Servizi Trasfusionali della ASP secondo DA 1141/10	N°3 Riunioni Verbalizzate N° 3 audit	Trimestrale	15
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	Predisposizione applicazione e revisione di atti secondo DA 394/11	N° 3 neo procedure e loro applicazione N° 3 revisioni	Trimestrale	15
<b>Autosufficienza sangue ed emoderivati</b>	Incremento della cessione di plasma all'industria	> 2 %	Trimestrale	5
	Avvio procedure di aferesi produttiva (previa attività formativa resa dalla UOC Sciacca di Coordinamento secondo DA 1141/10)	Partecipazione N° 2 eventi in house + Partecipazione n° 2 eventi on site	Entro il 31 12 2013	10
		Esecuzione di almeno 10 procedure di aferesi		
<b>Buon uso del sangue</b>	Vigilanza e verifica sul rispetto delle linee guida aziendali sul consumo appropriato di emocomponenti e prodotti plasma derivati	Redazione linea guida Aziendale Unica N° 1 Report	Annuale	5





<b>Radiodiagnostica AG 1</b>
<b>Radiodiagnostica AG 2</b>
<b>Medicina Nucleare</b>



## DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE RADIOLOGICHE

<b>PAA 2013/ S.V. Agenas</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema Valutazione Agenas degli obiettivi del Direttore Generale	100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal PAA e SV Agenas	Trimestrale	<b>40</b>
<b>Empowerment del Cittadino Utente</b>	Promozione di politiche di partecipazione dei Cittadini Utenti attraverso : L'aggiornamento, per quanto di competenza, del Portale "Costruire Salute"; La realizzazione, di concerto con i Direttori Sanitari dei P.O., di un <i>Open Day</i> di Dipartimento con finalità illustrativa/divulgativa alla presenza del Comitato Consultivo Aziendale e in collaborazione con la UO Comunicazione; La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento.	N° 1 Aggiornamento Portale	Annuale	<b>30</b>
		N° 1 Open Day		
		N° 1 Opuscolo di Dipartimento		



## Radiodiagnostica AG 1

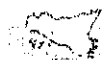
<b>Implementazione dei Progetti TELETAC* SETT (ove attivati)</b>	<b>Sviluppo delle rete virtuale attraverso il consulto in first opinion(Telemedicina)</b>	<b>Registro d'area</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Avvio Risonanze Magnetiche dei PP OO Canicattì e Agrigento</b>	<b>Avvio RM Canicattì</b>	<b>N° RM erogate</b>	<b>30 04 2013</b>	<b>10</b>
	<b>Avvio RM Agrigento</b>	<b>N° RM erogate</b>	<b>31 12 2013</b>	
<b>Screening Mammografico</b>	<b>Messa a regime della rete integrata screening mammografico</b>	<b>N° mammografie 2013 secondo cronoprogramma N° ecografie mammarie secondo cronoprogramma</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Monitoraggio dell'andamento temporale dei volumi di prestazioni</b>	<b>Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione</b>	<b>Report trimestrale</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	<b>Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione secondo normativa</b>	<b>Report trimestrale</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Monitoraggio temporale del costo per prestazione (ribaltamento dei costi)</b>	<b>Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo medio per prestazione(Ribaltamento dei costi)</b>	<b>Report trimestrale</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	<b>Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento</b>	<b>N° 4 atti 100%</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>





## Radiodiagnostica AG 2

<b>Implementazione dei Progetti TELETAC* SETT (ove attivati)</b>	<b>Sviluppo delle rete virtuale attraverso il consulto in first opinion(Telemedicina)</b>	<b>Registro d'area</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>15</b>
<b>Screening Mammografico</b>	<b>Messa a regime della rete integrata screening mammografico</b>	<b>N° mammografie 2013 secondo cronoprogramma N° ecografie mammarie secondo cronoprogramma</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>15</b>
<b>Monitoraggio dell'andamento temporale dei volumi di prestazioni</b>	<b>Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione</b>	<b>Report trimestrale</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento</b>	<b>Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione secondo normativa</b>	<b>Report trimestrale</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Monitoraggio temporale del costo per prestazione (ribaltamento dei costi)</b>	<b>Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo medio per prestazione(Ribaltamento dei costi)</b>	<b>Report trimestrale</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Miglioramento della performance organizzativa</b>	<b>Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento</b>	<b>N° 4 atti 100%</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>



## UOC Medicina Nucleare PO Agrigento

Ottimizzazione dell' offerta diagnostica	Ottimizzazione tempi di esecuzione degli esami finalizzato al potenziamento della offerta implementando l'integrazione dipartimentale.	Mantenimento Standard di prestazioni nel 2012	Trimestrale	10
Screening Mammario	Ricerca Linfonodi Sentinella	N° esami eseguiti nel 2013 Report Trimestrale	Trimestrale	10
Andamento temporale di volumi di prestazioni	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	10
Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	10
Monitoraggio temporale del costo per prestazione	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione	Report trimestrale	Trimestrale	10
Miglioramento della performance organizzativa	Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento	N° 4 atti 100%	Trimestrale	20



# DIPARTIMENTO DI MEDICINA

<b>AG1</b>	<b>AG2</b>
<b>UOC Medicina interna PO Agrigento</b>	<b>UOC Medicina interna PO Sciacca</b>
<b>UOC Medicina interna PO Canicatti</b>	<b>UOC Medicina interna PO Ribera</b>
<b>UOC Medicina interna PO Licata</b>	<b>UOC Pediatria PO Sciacca</b>
<b>UOC Pediatria PO Agrigento</b>	<b>UO Nefrologia e Dialisi PO Sciacca</b>
<b>UOC Pediatria PO Canicatti</b>	<b>UOS Oncologia PO Sciacca</b>
<b>UOC Cardiologia Licata</b>	
<b>UOC Nefrologia e Dialisi PO Agrigento</b>	
<b>UOC Oncologia PO Agrigento</b>	
<b>UO Oncologia PO Canicatti</b>	



## DIPARTIMENTO FUNZIONALE EMERGENZA AG 1 e AG 2

<b>PAA 2013/ S.V. Agenas</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema Valutazione Agenas degli obiettivi del Direttore Generale	100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal PAA e SV Agenas	Trimestrale	<b>40</b>
<b>Empowerment del Cittadino Utente</b>	Promozione di politiche di partecipazione dei Cittadini Utenti attraverso : L'aggiornamento, per quanto di competenza, del Portale "Costruire Salute"; La realizzazione, di concerto con i Direttori Sanitari dei P.O., di un <i>Open Day</i> di Dipartimento con finalità illustrativa/divulgativa alla presenza del Comitato Consultivo Aziendale e in collaborazione con la UO Comunicazione; La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento.	N° 1 Aggiornamento Portale	Annuale	<b>30</b>
		N° 1 Open Day		
		N° 1 Opuscolo di Dipartimento		



# U.O.C. Cardiologia PO LICATA

<b>Bed Management Mantenimento Performance Ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	20
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG Medici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>RETE IMA</b>	Partecipazione attiva alla rete	Audit trimestrale	Trimestrale	5
<b>Redazione LLGG IMA e SCC e Aritmologia e PDTA</b>	Produzione Documentale condivisa	Deliberazione LLG PDTA	Trimestrale	20
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013</b>	Secondo Cronoprogramma Aziendale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	20
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	5
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



U. O. C. Medicina PO AGRIGENTO

<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	<b>Trimestrale</b>	<b>30</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Redazione LLGG e PDTA Epatologia Endocrinologia Mal.metaboliche e Nutrizione Clinica Reumatologia MIC Celiachia Bronco pneumopatia</b>	Produzione documentale Attivazione Rete Clinica	Deliberazione N° casi Trattati Registro per Patologia	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera.</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	<b>Trimestrale</b>	<b>20</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



# U.O.C. Medicina PO CANICATTI

<b>Bed Management</b> <b>Mantenimento</b> <b>performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	<b>Redazione LLGG e PDTA</b> <b>Epatologia</b> <b>Endocrinologia</b> <b>Mal.metaboliche e</b> <b>Nutrizione Clinica</b> <b>Reumatologia</b> <b>MIC</b> <b>Celiachia</b> <b>Bronco pneumopatia</b>	Produzione documentale Attivazione Rete Clinica		
<b>Implementazione e</b> <b>realizzazione di tutte le</b> <b>attività ed</b> <b>azioni di pertinenza</b> <b>previste dal PAA 2013</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione</b> <b>Spesa</b> <b>Farmaceutica</b> <b>Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



# U.O.C. Medicina PO SCIACCA

<b>Bed Management</b> <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	<b>Redazione LLGG e PDTA</b> <b>Epatologia Endocrinologia</b> <b>Mal.metaboliche e Nutrizione</b> <b>Clinica</b> <b>Reumatologia</b> <b>MIC</b> <b>Celiachia</b> <b>Bronco pneumopatia</b>	Produzione documentale Attivazione Rete Clinica		
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		





# U.O.C. Medicina PO LICATA

<b>Bed Management</b> <b>Mantenimento</b> <b>performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	<b>Trimestrale</b>	<b>30</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	<b>Redazione LLGG e PDTA</b> <b>Epatologia Endocrinologia</b> <b>Mal.metaboliche e</b> <b>Nutrizione Clinica</b> <b>Reumatologia</b> <b>MIC</b> <b>Celiachia</b> <b>Bronco pneumopatia</b>	Produzione documentale Attivazione Rete Clinica		
<b>Implementazione e</b> <b>realizzazione di tutte le</b> <b>attività ed</b> <b>azioni previste dal PAA</b> <b>2013 Capitolo 3 Assistenza</b> <b>Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale		<b>10</b>
<b>Riduzione</b> <b>Spesa</b> <b>Farmaceutica</b> <b>Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		<b>20</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		





# U.O.C. Medicina PO RIBERA

<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	<b>Redazione LLGG e PDTA Epatologia Endocrinologia Mal.metaboliche e Nutrizione Clinica Reumatologia MIC Celiachia Bronco pneumopatia</b>	Produzione documentale Attivazione Rete Clinica		
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C. Nefrologia e Dialisi PO AGRIGENTO

<b>Bed Management</b> <b>Mantenimento</b> <b>performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	<b>Trimestrale</b>	<b>30</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	<b>RETE NEFROLOGICA</b> <b>Redazione LLGG e PDTA</b> <b>Pazienti Nefropatici e</b> <b>Trapiantati</b>	Redazione Regolamento e Procedure		
<b>Implementazione e</b> <b>realizzazione di tutte le</b> <b>attività ed</b> <b>azioni previste dal PAA 2013</b> <b>Capitolo 3 Assistenza</b> <b>Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Riduzione</b> <b>Spesa</b> <b>Farmaceutica</b> <b>Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	<b>Trimestrale</b>	<b>20</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O. Nefrologia e Dialisi PO SCIACCA

<b>Bed Management</b> <b>Mantenimento</b> <b>performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	<b>RETE NEFROLOGICA</b> <b>Redazione LLGG e PDTA</b> <b>Pazienti Nefropatici e</b> <b>Trapiantati</b>	Redazione Regolamento e Procedure		
<b>Implementazione e</b> <b>realizzazione di tutte le</b> <b>attività ed</b> <b>azioni previste dal PAA 2013</b> <b>Capitolo 3 Assistenza</b> <b>Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione</b> <b>Spesa</b> <b>Farmaceutica</b> <b>Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C Pediatria PO AGRIGENTO

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		INDICATORI	PERIODO	PUNTI
<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%){relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate}	80-90% 150%	<b>Trimestrale</b>	<b>30</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2012	N. DRG Medici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	g. Implementazione Cartella Clinica informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>RETE MATERNO INFANTILE Auxologia Allattamento al seno Ipoacusia Cardiopatie Congenite Malattie Rare Fibrosi Cistica Diabete Celiachia Autismo Dislessia</b>	Secondo cronoprogramma aziendale	Report	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	<b>Trimestrale</b>	<b>20</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		





## U.O.C Pediatria PO SCIACCA

PUNTI				
<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DII /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2012	N. DRG Medici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	f. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>RETE MATERNO INFANTILE Auxologia Allattamento al seno Ipoacusia Cardiopatie Congenite Malattie Rare Fibrosi Cistica Diabete Celiachia Autismo Dislessia</b>	Secondo cronoprogramma Aziendale	Report	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma Aziendale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		





## U.O.C Pediatria PO CANICATTI

<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2012	N. DRG Medici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>RETE MATERNO INFANTILE Auxologia Allattamento al seno Ipoacusia Cardiopatie Congenite Malattie Rare Fibrosi Cistica Diabete Celiachia Autismo Dislessia</b>	Secondo cronoprogramma aziendale	Report	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5. %		





# U.O.S Pediatria PO Licata

<b>Bed Management</b> <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>RETE MATERNO INFANTILE</b> <b>Auxologia</b> <b>Allattamento al seno</b> <b>Ipoacusia</b> <b>Cardiopatie Congenite</b> <b>Malattie Rare</b> <b>Fibrosi Cistica</b> <b>Diabete</b> <b>Celiachia</b> <b>Autismo</b> <b>Dislessia</b>	Secondo cronoprogramma aziendale	Report	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C Oncologia PO AGRIGENTO

U.O.C Oncologia PO AGRIGENTO				
<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /Day Service pari a 150% e 100% )	80-90% RO 150% DH 100% DS	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2012	N. DRG Medici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>RETE ONCOLOGICA Screening Oncologico Breast Unit</b>	Secondo cronoprogramma aziendale Istituzione e Regolamentazione BREAST UNIT	Report Atto deliberativo	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



# U.O.S Oncologia PO SCIACCA

<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /Day Service pari a 150% e 100%)	80-90% RO 150% DH 100% DS	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>RETE ONCOLOGICA Screenig Oncologico Breast Unit</b>	Secondo cronoprogramma aziendale Istituzione e Regolamentazione BREAST UNIT	Report Atto deliberativo	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## Oncologia PO CANICATTI

<b>Bed Management</b> <b>Mantenimento</b> <b>performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /Day Service pari a 150% e 100% )	80-90% RO 150% DH 100% DS	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2012	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>RETE ONCOLOGICA</b> <b>Screenig Oncologico</b> <b>Breast Unit</b>	Secondo cronoprogramma aziendale Isituzione e Regolamentazione BREAST UNIT	Report Atto deliberativo	Trimestrale	10
<b>Implementazione e</b> <b>realizzazione di tutte le</b> <b>attività ed</b> <b>azioni previste dal PAA 2013</b> <b>Capitolo 3 Assistenza</b> <b>Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione</b> <b>Spesa</b> <b>Farmaceutica</b> <b>Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## Dipartimento Riabilitazione e Cure intermedie



## DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE E CURE INTERMEDIE

PAA 2013/ S.V. Agenas	Obiettivi	Indicatore	Frequenza	Punteggio
<b>PAA 2013/ S.V. Agenas</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema Valutazione Agenas degli obiettivi del Direttore Generale	100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal PAA e SV Agenas	Trimestrale	<b>40</b>
<b>Empowerment del Cittadino Utente</b>	Promozione di politiche di partecipazione dei Cittadini Utenti attraverso : L'aggiornamento, per quanto di competenza, del Portale "Costruire Salute"; La realizzazione, di concerto con i Direttori Sanitari dei P.O., di un <i>Open Day</i> di Dipartimento con finalità illustrativa/divulgativa alla presenza del Comitato Consultivo Aziendale e in collaborazione con la UO Comunicazione; La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento.	N° 1 Aggiornamento Portale	Annuale	<b>30</b>
		N° 1 Open Day		
		N° 1 Opuscolo di Dipartimento		





# UOC Medicina Riabilitativa PO AGRIGENTO

<b>Attivazione dei PL riabilitazione Definizione dei percorsi operativi ed integrazione ospedale territorio</b>	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA)	Secondo cronoprogramma PAA	Trimestrale	20
<b>Rete per la prevenzione della diagnosi cura e riabilitazione dell'osteoporosi</b>	Centro di riferimento ambulatoriale per la prevenzione della diagnosi cura e riabilitazione dell'osteoporosi	N° 4 report di attività	Trimestrale	10
<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%		10
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		10
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		10
	d. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette e. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata f. Implementazione Scheda Unica di Terapia	> 50 % rispetto al 2012 N.STU= N. Cartelle Cliniche		10



## UOS Medicina Riabilitativa PO Licata

ATTIVAZIONI	DATI PERFORMANCE			
Attivazione sperimentale dei PL riabilitazione Definizione dei percorsi operativi ed integrazione ospedale territorio	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA)	Secondo cronoprogramma PAA	Trimestrale	20
Rete per la prevenzione della diagnosi cura e riabilitazione dell'osteoporosi	Centro spoke ambulatoriale per la prevenzione della diagnosi cura e riabilitazione dell'osteoporosi	N° 4 report di attività	Trimestrale	10
Bed Management Mantenimento performance ospedaliera	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%		10
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		10
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		10
	d. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette e. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata f. Implementazione Scheda Unica di Terapia	> 50 % rispetto al 2012 N.STU= N. Cartelle Cliniche		10



# UOS LUNGODEGENZA PO AGRIGENTO

Attivazione sperimentale dei PL LPA. Definizione dei percorsi operativi ed integrazione ospedale territorio	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA)	Secondo cronoprogramma PAA	Trimestrale	20
Bed Management Mantenimento performance ospedaliera	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%		10
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		10
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		10
	d. Scheda Dimissioni Protette ( SVAMA) e. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata f. Implementazione Scheda Unica di Terapia	> 50 % rispetto al 2012 N.STU= N. Cartelle Cliniche		20



# UOS LUNGODEGENZA PO CANICATTI

<b>Attivazione sperimentale dei PL LPA. Definizione dei percorsi operativi ed integrazione ospedale territorio</b>	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA)	Secondo cronoprogramma PAA	Trimestrale	20
<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	10
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C	Trimestrale	10
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%	Trimestrale	10
	d. Scheda Dimissioni Protette( SVAMA) e. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata f. Implementazione Scheda Unica di Terapia	> 50 % rispetto al 2012 N.STU= N. Cartelle Cliniche		20



# UOS SUAP PO AGRIGENTO

UOS SUAP PO AGRIGENTO				
<b>Attivazione sperimentale dei PL SUAP Definizione dei percorsi operativi ed integrazione ospedale territorio</b>	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA)	Secondo cronoprogramma PAA	Trimestrale	20
<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto	50%	Trimestrale	10
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%	Trimestrale	20
	d. Scheda Dimissioni Protette (ADI) e. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata f. Implementazione Scheda Unica di Terapia	N° pazienti in carico N.STU= N. Cartelle Cliniche		20



# UOS Hospice

PAA 2013				
<b>PAA 2013 Obiettivi AGENAS 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2013 (Obiettivi Agenas) per l'area ospedaliera	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo e dagli Obiettivi Agenas	Trimestrale	10
<b>Incremento delle prestazioni ambulatoriali ai valori resi nel 2011</b>	Potenziamento ambulatorio Spoke	>5% 2012	Trimestrale	10
<b>Rete cure palliative e terapia del dolore (Hub e Spoke)</b>	Assicurare un programma di cura individuale del paziente oncologico attraverso la presa in carico globale secondo crono programma aziendale	100% N° 4 report di attività	Trimestrale	10
<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto	50%	Trimestrale	10
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%	Trimestrale	10
	d. Scheda Dimissioni Protette (ADI) e. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata f. Implementazione Scheda Unica di Terapia	N° pazienti in carico N.STU= N. Cartelle Cliniche		20



# UOC Neurologia PO Agrigento

<b>Attivazione dei PL neurologia Definizione dei percorsi operativi ed integrazione ospedale territorio</b>	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA)	Secondo cronoprogramma PAA		15
<b>Mantenimento delle prestazioni ambulatoriali ai valori resi nel 2012</b>	Mantenimento ambulatori	= 2012		5
<b>Ottimale occupazione posti letto in DH</b>	Mantenimento indice occupazionale al 150% (+ o meno - 20% a seguito attivazione PL)	150%		10
<b>Garantire l'appropriatezza dei ricoveri (DRG-LEA)</b>	Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri L'indice di inappropriatazza si dovrà mantenere, per specifica fattispecie entro la soglia del 4%	0-4%		10
<b>Rete dell'emergenza neurologica-Stroke Unit( Spoke)</b>	Partecipazione alla rete dell'emergenza neurologica. Attivazione percorsi diagnostico-terapeutici ictus	N° ricoveri		10
<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto	50%	Trimestrale	5
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%	Trimestrale	5
	d. Scheda Dimissioni Protette (ADI)	N° pazienti in carico		10
	e. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata f. Implementazione Scheda Unica di Terapia	N.STU= N. Cartelle Cliniche		



## DIPARTIMENTO CHIRURGIA AG1

## DIPARTIMENTO CHIRURGIA AG 2

UOC Chirurgia Generale P.O. Agrigento	
UOC Chirurgia Generale P.O. Canicatti	
UOC Chirurgia Generale P.O. Licata	UOC Chirurgia Generale P.O. Sciacca
UOC Chirurgia Vascolare P.O. Agrigento	UOC Urologia P.O. Sciacca
UOC Urologia P.O. Agrigento	UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Sciacca
UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Agrigento	UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Sciacca
UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Licata	UOC Oculistica P.O. Sciacca
UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Agrigento	
UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Canicatti	
UOC Oculistica P.O. Agrigento	
UOC Otorinolaringoiatria P.O. Agrigento	





## DIPARTIMENTI CHIRURGIA AG1 e AG 2

<b>Chirurgia Generale</b>
<b>Chirurgia Vascolare</b>
<b>Urologia</b>
<b>Oculistica</b>
<b>Otorinolaringoiatria</b>
<b>Ostetricia e Ginecologia</b>



## DIPARTIMENTI CHIRURGIA

DIPARTIMENTI CHIRURGIA				
<b>PAA 2013/ S.V. Agenas</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema Valutazione Agenas degli obiettivi del Direttore Generale	100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal PAA e SV Agenas	Trimestrale	<b>30</b>
<b>Empowerment del Cittadino Utente</b>	Promozione di politiche di partecipazione dei Cittadini Utenti attraverso : L'aggiornamento, per quanto di competenza, del Portale "Costruire Salute"; La realizzazione, di concerto con i Direttori Sanitari dei P.O., di un <i>Open Day</i> di Dipartimento con finalità illustrativa/divulgativa alla presenza del Comitato Consultivo Aziendale e in collaborazione con la UO Comunicazione; La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento.	N°   Aggiornamento Portale	Annuale	<b>10</b>
		N°   Open Day		
		N°   Opuscolo di Dipartimento		
<b>Complesso Operatorio</b>	Ottimizzare le attività dei Complessi Operatori attraverso la formalizzazione di appositi percorsi condivisi	Redazione Progetto "Week Surgery"	Progetto Report trimestrale	<b>10</b>
		Redazione Check List e procedure di sterilizzazione e percorsi sporco pulito( di concerto con U.O. Rischio Clinico)	Check List Report trimestrale	
		Redazione Piano di Miglioramento "Uso delle Sale Operatorie h 12 ed in Urgenza - Emergenza	Piano Report trimestrale	
<b>Attivazione Guardie Mediche dipartimentali</b>	Ottimizzare i turni di guardia a livello di dipartimento attraverso una armonica gestione delle Pronte Disponibilità (Banca delle Ore)	Redazione Piano di Lavoro annuale Dipartimentale	Piano Report trimestrale	<b>10</b>
<b>Istituzione Comitato di Dipartimento</b>	Costituzione ed insediamento del Comitato di Dipartimento	Audit mensile del Comitato di Dipartimento + Report Trimestrale	Trimestrale	<b>10</b>



## U.O.C. Chirurgia Generale PO Agrigento

U.O.C. Chirurgia Generale PO Agrigento				
<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 %, DH /DS pari a 150%-relazionati anche ai D. Serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% -150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Screening Oncologici</b>	Garantire una fattiva collaborazione per la prevenzione dei tumori del COLON e dei tumori mammari	N° colonscopie 2013/ N° colonscopie 2012>20% Biopsia Linfonodi Sentinella/N° pazienti screenate N° quadrantectomie/ N. pazienti positive al K	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C. Chirurgia Generale PO Sciacca

MISURE DI PERFORMANCE				
ATTIVITÀ				
<b>Bed Management</b> <b>Mantenimento</b> <b>performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 %, DH /DS pari a 150%-relazionati anche ai D. Serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% -150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Screening Oncologici</b>	Garantire una fattiva collaborazione per la prevenzione dei tumori del COLON e dei tumori mammari	N° colonscopie 2013/ N° colonscopie 2012>20% Biopsia Linfonodi Sentinella/N° pazienti screenate N° quadrantomie/ N. pazienti positive al K	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C. Chirurgia Generale PO Canicattì

<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 %, DH /DS pari a 150%-relazionati anche ai D. Serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% -150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Screening Oncologici</b>	Garantire una fattiva collaborazione per la prevenzione dei tumori del COLON e dei tumori mammari	N° colonscopie 2013/ N° colonscopie 2012>20% Biopsia Linfonodi Sentinella/N° pazienti screenate N° quadrantectomie/ N. pazienti positive al K	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C. Chirurgia Generale PO Licata

OGGETTO AZIENDALE	INDICATORE	VALORE	PERIODO	PUNTI
<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 %, DH /DS pari a 150%-relazionati anche ai D. Serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% -150%	Trimestrale	<b>30</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Screening Oncologici</b>	Garantire una fattiva collaborazione per la prevenzione dei tumori del COLON e dei tumori mammari	N° colonscopie 2013/ N° colonscopie 2012>20% Biopsia Linfonodi Sentinella/N° pazienti screenate N° quadrantomie/ N. pazienti positive al K	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	<b>20</b>
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.S. Chirurgia Generale PO Ribera

<b>Bed Management Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 %, DH /DS pari a 150%-relazionati anche ai D. Serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% -150%	Trimestrale	<b>30</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Screening Oncologici</b>	Garantire una fattiva collaborazione per la prevenzione dei tumori del COLON e dei tumori mammari	N° colonscopie 2013/ N° colonscopie 2012>20% Biopsia Linfonodi Sentinella/N° pazienti screenate N° quadrantomie/ N. pazienti positive al K	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	<b>20</b>
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.S. Chirurgia Vascolare PO Agrigento

U.O.S. Chirurgia Vascolare PO Agrigento				
Piano della Performance 2013-2015				
<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 %, DH /DS pari a 150%-relazionati anche ai D. Serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% -150%	Trimestrale	30
	b. Potenziamento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 > 50% N° prest. Amb esterne Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013	Trimestrale	20
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		





## U.O.C. Urologia PO Agrigento

<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG > 2013 rispetto al 2012		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLGG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	20
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C. Urologia PO Sciacca

<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012 Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG > 2013 rispetto al 2012		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLGG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	20
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C. Otorinolaringoiatria PO Agrigento

<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012 Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG > 2013 rispetto al 2012		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLGG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	20
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C. Oculistica PO Agrigento

U.O.C. Oculistica PO Agrigento		Piano della Performance 2013-2015		
<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto potenziando il regime di ricovero in Day Service non < 80 %	80% ricoveri in Day Service	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri riducendo i ricoveri inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Peso medio DRG pari allo 0,83%	0,83%		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLGG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	20
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C. Oculistica PO Sciacca

<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto potenziando il regime di ricovero in Day Service non < 80 %	80% ricoveri in Day Service	Trimestrale	30
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri riducendo i ricoveri inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Peso medio DRG pari allo 0,83%	0,83%		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA tra cui: Implementazione LLGG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	20
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	20
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C Ortopedia e Traumatologia PO Agrigento

U.O.C Ortopedia e Traumatologia PO Agrigento				
<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	20
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012 Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri riducendo i ricoveri inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Esiti</b> <b>Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 64 anni</b>	Effettuare entro 48h dal ricovero gli interventi di frattura femore su pazienti over 64 secondo direttiva Agenas Assicurare il costante collegamento al web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)	Raggiungimento Valore Obiettivo 50% N. interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero (facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento) N 12 Collegamenti mensili	Trimestrale	20
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA, tra cui Implementazione LLG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione retta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	10
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C Ortopedia e Traumatologia PO Sciacca

<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	20
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012 Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri riducendo i ricoveri inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Esiti</b> <b>Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 64 anni</b>	Effettuare entro 48h dal ricovero gli interventi di frattura femore su pazienti over 64 secondo direttiva Agenas Assicurare il costante collegamento al web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)	Raggiungimento Valore Obiettivo 50% N. interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero (facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento) N 12 Collegamenti mensili	Trimestrale	20
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA, tra cui implementazione LLG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione retta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	10
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.C Ortopedia e Traumatologia PO Licata

INDICATORI		DESCRIZIONE		
<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)	80-90% 150%	Trimestrale	20
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012 Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri riducendo i ricoveri inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Incremento dei DRG chirurgici rispetto al 2012	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2013 rispetto al 2012)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Esiti</b> <b>Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 64 anni</b>	Effettuare entro 48h dal ricovero gli interventi di frattura femore su pazienti over 64 secondo direttiva Agenas Assicurare il costante collegamento al web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)	Raggiungimento Valore Obiettivo 50% N. interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero (facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento) N 12 Collegamenti mensili	Trimestrale	20
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA, tra cui implementazione LLG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	10
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione retta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	10
b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %			





## U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Agrigento -Dipartimento Materno Infantile

<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80% DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivati)	80% - 150%	Trimestrale	15
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri riducendo i ricoveri inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Peso medio DRG secondo quanto stabilito nel piano di rientro	Piano di Rientro		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Utilizzo Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Implementazione Attività Dipartimento Materno Infantile:</b>  <b>Tutela della maternità e promozione del percorso nascita</b>	Quaderni della Gravidanza	Diffusione-Utilizzo 100%	Trimestrale	15
	Monitoraggio IVG	Report		
	Ambulatori della Gravidanza	Attivazione secondo normativa		
	Messa a regime rete ( integrazione H-T)	N. Procedure e Percorsi Integrati Consultori -Ospedale		
	Promozione Formazione Parto-analgesia e LLGG Taglio Cesareo- Allattamento al Seno	Eventi Formativi-Brochure 80% mamme che allattano alla dimissione		
<b>Esiti</b> <b>Cesarei Primari</b> <b>Riduzione incidenza parti cesarei su donne non precesarizzate</b>	Parti cesari eseguiti in misura inferiore al 20% del totale dei parti delle non cesarizzate.	Raggiungimento Valore Obiettivo= 20% N. parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne residenti nella provincia 20%.	Trimestrale	15
	Assicurare il costante collegamento al Web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)	N. 12 Collegamenti Web Site PNE		
<b>Implementazione e realizzazione di tutte di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA, tra cui: Implementazione LLGG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	15
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100%(Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	10
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



**U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Sciacca -Dipartimento Materno Infantile**

<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80% DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivati)	80% - 150%	Trimestrale	15
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri riducendo i ricoveri inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Peso medio DRG secondo quanto stabilito nel piano di rientro	Piano di Rientro		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Utilizzo Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Implementazione Attività Dipartimento Materno Infantile:</b>  <b>Tutela della maternità e promozione del percorso nascita</b>	Quaderni della Gravidanza	Diffusione-Utilizzo 100%	Trimestrale	15
	Monitoraggio IVG	Report		
	Ambulatori della Gravidanza	Attivazione secondo normativa		
	Messa a regime rete ( integrazione H-T)	N. Procedure e Percorsi Integrati Consultori -Ospedale		
	Promozione Formazione Parto-analgesia e LLGG Taglio Cesareo- Allattamento al Seno	Eventi Formativi-Brochure 80% mamme che allattano alla dimissione		
<b>Esiti</b> <b>Cesarei Primari</b> <b>Riduzione incidenza parti cesarei su donne non precesarizzate</b>	Parti cesari eseguiti in misura inferiore al 20% del totale dei parti delle non cesarizzate.  Assicurare il costante collegamento al Web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)	Raggiungimento Valore Obiettivo= 20% N. parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne residenti nella provincia 20%. N. 12 Collegamenti Web Site PNE	Trimestrale	15
<b>Implementazione e realizzazione di tutte di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA, tra cui: Implementazione LLGG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste da Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	15
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100%(Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	10
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



**U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Canicatti -Dipartimento Materno Infantile**

<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80% DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivati)	80% - 150%	Trimestrale	15
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri riducendo i ricoveri inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Peso medio DRG secondo quanto stabilito nel piano di rientro	Piano di Rientro		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Utilizzo Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Implementazione Attività Dipartimento Materno Infantile:</b>  <b>Tutela della maternità e promozione del percorso nascita</b>	Quaderni della Gravidanza	Diffusione-Utilizzo 100%	Trimestrale	15
	Monitoraggio IVG	Report		
	Ambulatori della Gravidanza	Attivazione secondo normativa		
	Messa a regime rete ( integrazione H-T)	N. Procedure e Percorsi Integrati Consultori -Ospedale		
	Promozione Formazione Parto-analgesia e LLGG Taglio Cesareo- Allattamento al Seno	Eventi Formativi-Brochure 80% mamme che allattano alla dimissione		
<b>Esiti Cesarei Primari</b> <b>Riduzione incidenza parti cesarei su donne non precesarizzate</b>	Parti cesari eseguiti in misura inferiore al 20% del totale dei parti delle non cesarizzate.  Assicurare il costante collegamento al Web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)	Raggiungimento Valore Obiettivo= 20% N. parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne residenti nella provincia 20%. N. 12 Collegamenti Web Site PNE	Trimestrale	15
<b>Implementazione e realizzazione di tutte di pertinenza previste dal PAA 2013</b>	Attivare il percorso di attuazione del PAA, tra cui: Implementazione LLGG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	15
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100%(Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	10
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## U.O.S. Ginecologia e Ostetricia PO Licata - Dipartimento Materno Infantile

OBIETTIVI				
DESCRIZIONE				
<b>Bed Management</b>  <b>Mantenimento performance ospedaliera</b>	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non < 80% DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivati)	80% - 150%	Trimestrale	15
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2012. Fonte Dati Flusso C		
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri riducendo i ricoveri inappropriati secondo normativa vigente.	0-4%		
	d. Peso medio DRG secondo quanto stabilito nel piano di rientro	Piano di Rientro		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e protette	> 50 % rispetto al 2012		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Utilizzo Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
<b>Implementazione Attività Dipartimento Materno Infantile:</b>  <b>Tutela della maternità e promozione del percorso nascita</b>	Quaderni della Gravidanza	Diffusione-Utilizzo 100%	Trimestrale	15
	Monitoraggio IVG	Report		
	Ambulatori della Gravidanza	Attivazione secondo normativa		
	Messa a regime rete ( integrazione H-T)	N. Procedure e Percorsi Integrati Consultori -Ospedale		
<b>Esiti</b> <b>Cesarei Primari</b> <b>Riduzione incidenza parti cesarei su donne non precesarizzate</b>	Parti cesari eseguiti in misura inferiore al 20% del totale dei parti delle non cesarizzate. Assicurare il costante collegamento al Web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)	Raggiungimento Valore Obiettivo= 20% N. cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne residenti nella provincia 20%. N. 12 Collegamenti Web Site PNE	Trimestrale	15
	Attivare il percorso di attuazione del PAA, tra cui: Implementazione LLGG TEV e antibiotico profilassi	N. azioni completate / N. azioni previste da Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	15
<b>Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera</b>	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100%(Pari al 35% dei dimessi con terapia)	Trimestrale	10
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2013 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2012 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



# AREA TERRITORIALE



## Coordinatore Sanitario Area Territoriale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2013 Obiettivi AGENAS 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2013 e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2013 per l'area territoriale.	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo e da Sistema valutazione Obiettivi DG	Trimestrale	
<b>Attuazione delle linee progettuali PON 2012</b>	Piena attuazione delle Linee Progettuali PON 2012 di area territoriale Supporto alla Direzione Sanitaria per il coordinamento dei referenti progettuali	N° 4 atti di redazione per supervisione ai fini del tracking	Trimestrale	
<b>Continuità Assistenziale H-T</b>	Potenziare il processo di Ammissione-Dimissione facilitata o protetta, Dimissioni Protette	N° 5 eventi formativi nei PP.OO. N° Dimissioni Facilitate > 70% rispetto al 2012	Trimestrale	
<b>Attivazione CUP Unificato secondo direttive regionali</b>	Attività di raccordo con il dipartimento amministrativo e con i direttori di distretto AG 1 e AG 2	Attivazione del servizio	Trimestrale	
<b>Commissione Appropriata Prescrittiva</b>	Riduzione della spesa farmaceutica secondo D.A.3107/2010 e allineamento soglie prescrittive a quelle regionali	N. 6 Verbali di Commissione attestanti lo Stato Avanzamento Lavori	Trimestrale	
<b>PUA</b>	Perfezionamento attività dei Punti Unici di Accesso	N° 8 eventi formativi N° 8 Report di attività	Trimestrale	



# DIPARTIMENTI SANITARI

DIPARTIMENTO DEL FARMACO

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

COORDINAMENTO SANITARIO AREA  
TERRITORIALE



## DIPARTIMENTO STRUTTURALE DEL FARMACO

**UOC FARMACIA OSPEDALIERA DISTRETTO AG 1**

**UOC FARMACIA OSPEDALIERA DISTRETTO AG 2**

**UOC AREA TERRITORIALE DEL FARMACO**





## DIPARTIMENTO DEL FARMACO

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PAA 2013/ S.V. Agenas	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema Valutazione Agenas degli obiettivi del Direttore Generale : Organizzazione dell'assistenza farmaceutica e strategie aziendali a garanzia dell'appropriato impiego dei farmaci e dei dispositivi medici	100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal PAA e SV Agenas	Trimestrale	30
Prontuario Terapeutico Unico Ospedaliero/Territoriale Provinciale	Redazione Prontuario Unico selezionando i principi attivi inclusi nel prontuario terapeutico regionale	Insedimento Commissione Terapeutica entro il 30 04 2013	Trimestrale	20
		Redazione prontuario entro il 31 08 2013		
Empowerment del Cittadino Utente	Promozione di politiche di partecipazione dei Cittadini Utenti attraverso: L'aggiornamento, per quanto di competenza, del Portale "Costruire Salute"; La realizzazione, di concerto con i Direttori Sanitari dei P.O., di un Open Day di Dipartimento con finalità illustrativa/divulgativa alla presenza del Comitato Consultivo Aziendale e in collaborazione con la UO Comunicazione; La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento.	N° I Aggiornamento Portale	Annuale	20
		N° I Open Day		
		N° I Opuscolo di Dipartimento		



UOC FARMACIA OSPEDALIERA DISTRETTO AG 1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni	Trimestrale	15
<b>FARMACI SOTTOPOSTI A REGISTRO AIFA</b>	Garantire le corrette procedure di monitoraggio del Risk Sharing e Payment by Result, con produzione di report periodico dei crediti aziendali	Report semestrale con indicazione dei recuperi effettuati	Semestrale	20
<b>FARMADONO</b>	Garantire una adeguata promozione del percorso Farmadono	Evento divulgativo	Annuale	5
<b>FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA</b>	Assicurare un effettivo incremento delle attività di Farmacovigilanza e Dispositivovigilanza in ambito ospedaliero	N. segnalazioni spontanee ADRs 2013 > N. segnalazioni spontanee 2012	Trimestrale	10
		Promozione Dispositivovigilanza		
<b>RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA (Farmaci e Dispositivi Medici)</b>	Attivare la riduzione della spesa farmaceutica "ospedaliera" (farmaci e dispositivi) implementando il consumo dei generici e provvedere al costante monitoraggio tramite reporting trimestrale da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O. Programmazione e Controllo di Gestione.	Spesa Farmaceutica ospedaliera 2013 < 5% della Spesa Farmaceutica 2012	Trimestrale	20
		Spesa Dispositivi Medici 2013 < 5% Spesa dispositivi Medici 2012		
	Verifiche ispettive presso il rimanente 50% delle UUOO ospedaliere. Tali verifiche sono finalizzate a valutare le giacenze, le condizioni di conservazione e le scadenze dei farmaci/dispositivi negli armadi di reparto.	N° verifiche pari al rimanente 50% delle UU.OO. ospedaliere N° 4 report	Trimestrale	20
		35% N° prestazioni di erogazione "primo ciclo terapeutico" / N° dimissioni R.O. 100% delle prescrizioni	Trimestrale	
Appropriatezza prescrittiva: Contenimento della spesa farmaceutica secondo D.A. 3107/2010 e relative strategie operative	Promozione Generico-Attività Formativa Report	Trimestrale		



UOC FARMACIA OSPEDALIERA DISTRETTO AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni	Trimestrale	15
<b>FARMACI SOTTOPOSTI A REGISTRO AIFA</b>	Garantire le corrette procedure di monitoraggio del Risk Sharing e Payment by Result, con produzione di report periodico dei crediti aziendali	Report semestrale con indicazione dei recuperi effettuati	Semestrale	20
<b>FARMADONO</b>	Garantire una adeguata promozione del percorso Farmadono	Evento divulgativo	Annuale	5
<b>FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA</b>	Assicurare un effettivo incremento delle attività di Farmacovigilanza e Dispositivovigilanza in ambito ospedaliero	N. segnalazioni spontanee ADRs 2013> N. segnalazioni spontanee 2012	Trimestrale	10
		Promozione Dispositivovigilanza		
<b>RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA (Farmaci e Dispositivi Medici)</b>	Attivare la riduzione della spesa farmaceutica "ospedaliera" (farmaci e dispositivi) implementando il consumo dei generici e provvedere al costante monitoraggio tramite reporting trimestrale da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O. Programmazione e Controllo di Gestione.	Spesa Farmaceutica ospedaliera 2013< 5% della Spesa Farmaceutica 2012	Trimestrale	20
		Spesa Dispositivi Medici 2013< 5% Spesa dispositivi Medici 2012		
	Verifiche ispettive presso il rimanente 50% delle UUOO ospedaliere. Tali verifiche sono finalizzate a valutare le giacenze, le condizioni di conservazione e le scadenze dei farmaci/dispositivi negli armadi di reparto.	N° verifiche pari al rimanente 50% delle UU.OO. ospedaliere N° 4 report	Trimestrale	
	Potenziamento della dispensazione diretta "primo ciclo terapeutico" a non meno del 35% dei dimessi(esclusi alcuni reparti) alla data del 31.12.2013 con utilizzo della modulistica aziendale e costante Monitoraggio della <b>prescrizione "primo ciclo terapeutico"</b> delle aree chirurgiche e aree mediche alla dimissione	35% N° prestazioni di erogazione "primo ciclo terapeutico" / N° dimissioni R.O. 100% delle prescrizioni	Trimestrale	
Appropriatezza prescrittiva: Contenimento della spesa farmaceutica secondo D.A. 3107/2010 e relative strategie operative	Promozione Generico-Attività Formativa Report	Trimestrale		



## UOC AREA TERRITORIALE DEL FARMACO

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013 ivi compresa la distribuzione diretta distrettuale e poliambulatoriale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni	Trimestrale	10
<b>RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA e APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA</b>	Allineamento della spesa pro capite al benchmark regionale, Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata in valore assoluto e suo costante monitoraggio.	Spesa in valore assoluto 2013 < 2012 Report Mensile Spesa pro capite 2013 < 2012	Mensile	20
	Puntuale liquidazione delle farmacie convenzionate	Assenza Decreti Ingiuntivi	Bimestrale	
	Attivare un RIGOROSO monitoraggio delle prescrizioni per ottenere un allineamento dei consumi per classi terapeutiche ai valori medi nazionali misurati in DDD/ 1000 abitanti.	Al 31/08: riduzione del 50% tra il valore di partenza e la media nazionale.		
	Appropriatezza prescrittiva: Contenimento della spesa farmaceutica secondo D.A. 3107/2010 e relative strategie operative Implementazione Attività Commissione Aziendale Appropriatezza Prescrittiva. Attività ispettiva farmacie per controllo ricette maggiorata del 10% rispetto al 2012. Applicazione Sanzioni.	Promozione Generico-N. sedute Commissione Appr. Prescrittiva non < a 6. Numero Sanzioni applicate		
	Attività formativa nei distretti.	N.7 Eventi Formativi	Semestrale	
<b>VIGILANZA FARMACIE PARAFARMACIE, DEPOSITI CASE DI CURA ACCREDITATE</b>	Assicurare la Vigilanza ordinaria per il tramite della Commissione Ispettiva secondo normativa (almeno 70 farmacie, 50% parafarmacie depositi e case di cura). Assicurare la Vigilanza straordinaria e preventiva ove necessario. NB sono scomutate dal calcolo le attività di ritiro stupefacenti stupefacenti scaduti.	Non < 50% farmacie convenzionate e n.verbali di Vigilanza ordinaria sottoscritti dalla Commissione Ispettiva	Trimestrale	20
	Attivare il registro informatico dei direttori, sostituti, praticanti e collaboratori di farmacia secondo normativa	Attivazione e aggiornamento Registro entro il 31 03 2013e Consegna copia Registro entro il 31 12 2013		
<b>RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE (Farmaci e Dispositivi Medici)</b>	Attivare la riduzione della spesa farmaceutica territoriale distrettuale (farmaci e dispositivi) implementando il consumo dei generici e provvedere al costante monitoraggio tramite reporting trimestrale da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O. Programmazione e Controllo di Gestione.	Spesa Farmaceutica territoriale 2013 < 5% della Spesa Farmaceutica 2012 Spesa Dispositivi Medici 2013 < 5% Spesa dispositivi Medici 2012	Trimestrale	20
	Verifiche ispettive presso le guardie mediche turistiche. Tali verifiche sono finalizzate a valutare le giacenze, le condizioni di conservazione e le scadenze dei farmaci/dispositivi negli armadi di dotazione.	N° verifiche pari N. guardie mediche turistiche. Verbali	Semestrale	



## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE				
OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VALATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PAA 2013/ S.V. Agenas	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema Valutazione Agenas degli obiettivi del Direttore Generale	100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal PAA e SV Agenas	I Trimestrale	40
Empowerment del Cittadino Utente	Promozione di politiche di partecipazione dei Cittadini Utenti attraverso: L'aggiornamento, per quanto di competenza, del Portale "Costruire Salute"; La realizzazione, di concerto con i Direttori Sanitari dei P.O., di un Open Day di Dipartimento con finalità illustrativa/divulgativa alla presenza del Comitato Consultivo Aziendale e in collaborazione con la UO Comunicazione; La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento.	N° I Aggiornamento Portale N° I Open Day N° I Opuscolo di Dipartimento	Annuale	30



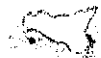
## UOC SIAN

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /Azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni	Trimestrale	<b>30</b>
<b>PRIS 2012-2014 CONSOLIDAMENTO DEI MONITORAGGI INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO NELL'AREA ALIMENTI E NUTRIZIONE</b>	Aggiornamento annuale della classificazione degli impianti e degli stabilimenti riconosciuti in funzione dei risultati dei controlli ufficiali attraverso trasmissione di copia della classificazione al Servizio 4 del DASOE. ATTIVITA' ISPETTIVA STABILIMENTI RICONOSCIUTI secondo i livelli di rischio(LDR)  ATTIVITA' MINIMA DI AUDIT SUGLI OSA	N° campionamenti effettuati 2013/N° campionamenti effettuati 2012 > 50%  LDR Alto (Ogni 2 mesi) LDR Medio Ogni 3/4 mesi Basso 1/2 volte l'anno  N° 13 audit	Trimestrale	<b>30</b>
<b>ATTUAZIONE LINEE PSN 2009 2010 2011 2012</b>	<b>ATTUAZIONE LINEE PSN 2009 2010 2011 2012</b>	<b>N° 4 report 100%</b>	Trimestrale	<b>10</b>



## UOC SIAV

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni	Trimestrale	20
<b>PRIS 2012-2014 CONSOLIDAMENTO DEI MONITORAGGI INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO NELL'AREA ALIMENTI E NUTRIZIONE</b>	Incremento dell'Attività di Controllo nell'Area Ambienti di Vita	N° controlli effettuati 2013/ campionamenti effettuati 2012 > 50%	Trimestrale	20
<b>ATTUAZIONE LINEE PSN 2009 2010 2011 2012</b>	ATTIVARE e completare tutte le linee di PSN relative alla nutrizione relazionando al SEFP per la rendicontazione economica	N 3 report 100%	Trimestrale	20
<b>EFFICIENTAMENTO DEI PROVVEDIMENTI AUTORIZZATIVI</b>	Attivare il rilascio dei pareri igienico - sanitari per <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutture socio - assistenziali</li> <li>• Bonifica amianto</li> <li>• Studi e ambulatori odontoiatrici</li> <li>• Realizzazione di opere pubbliche</li> </ul> entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione	N. di pareri igienico – sanitario rilasciati entro 30 giorni/ N. istanze pervenute	Trimestrale	10



UOC SPRESAL

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Indicatore	Atteso	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni		Trimestrale	20
<b>CONSOLIDAMENTO DEI MONITORAGGI</b>	Mantenimento dell'Attività di Prevenzione e Vigilanza individuale e collettiva in Ambienti di Lavoro con particolare riferimento ai settori dell'edilizia e dell'agricoltura secondo i parametri regionali previsti	N° ispezioni Agricoltura N° ispezioni Edilizia		Trimestrale	20
<b>MAL PROF</b>	Corretta gestione del registro mal prof Attuazione del progetto obiettivo PSN "Emersione delle malattie professionali in Sicilia"	N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF / N. segnalazioni pervenute nel 2013 N 4 report		Trimestrale	10
<b>RILASCIO PARERI PER NUOVI INSEDIAMENTI PRODUTTIVI (NIP)</b>	Costituire un registro informatico NIP e provvedere al relativo aggiornamento	REGISTRO N 4 report		Trimestrale	
	Attivare il rilascio dei NIP entro giorni trenta dalla formale istanza	N° NIP rilasciati/N° Istanze pervenute attestanti il rilascio effettivo entro 30 gg N 4 report		Trimestrale	10
<b>TU 81108</b>	Implementazione delle attività di assistenza, informazione e formazione	Numero ore di attività erogate per assistenza, informazione e Formazione 2013 > del 30% del Numero ore di attività erogate per assistenza, informazione e formazione 2012 N 4 report		Trimestrale	10





UOC SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Indicatore	Atteso	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013 Completamento Azioni PAA 2012	N. azioni completate / N. azioni previste dai Piani attuativi non < 80% azioni		Trimestrale	15
<b>APPLICAZIONE PIANO REGIONALE VACCINI</b>	Programmazione organizzazione e Attuazione dell'attività di prevenzione vaccinale sul territorio aziendale secondo calendario regionale vigente ivi compreso i nuovi vaccini	= agli standards regionali		Trimestrale	15
<b>SCREENING</b>	Promozione Screening Mammella ,K colon K uterino secondo PSN e LEA Programmazione da trasmettere ai distretti.	N 4 report		Trimestrale	15
<b>ANALISI PASSIVA</b>	<b>MOBILITA</b> Produzione di un Rapporto statistico sugli indici di fuga	Rapporto		Trimestrale	5
<b>SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE</b>	Produzione di un Rapporto sulla diffusione dei tumori nella Provincia di Agrigento	Rapporto		Trimestrale	5
<b>ATTIVAZIONE COMPLETAMENTO LINEE PREVENZIONE</b>	<b>E PSN</b> Programmazione organizzazione e Attuazione delle attività di PSN di stretta pertinenza epidemiologica	N 4 report		Trimestrale	15



UOC SIA

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Indicatore	Atteso	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013(accreditamento)	N. azioni completate / N. azioni previste dai Piani attuativi non < 80% azioni		Trimestrale	<b>30</b>
<b>MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI VERIFICA DI IMPIANTI E MACCHINE</b>	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	N. verifiche impianti di terra effettuate / N. verifiche impianti di terra richieste > 10% 2012		Trimestrale	<b>20</b>
		N. verifiche app. sollevamento effettuate / N. verifiche app. sollevamento richieste > 10% 2012		Trimestrale	<b>20</b>



UOC Laboratorio Sanità Pubblica

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo Non < 80% azioni	Trimestrale	30
<b>ACCREDITAMENTO</b>	Implementare le procedure previste da accreditare all'interno del LSP	Accreditare le procedure di tutti i parametri previsti per l'acqua potabile	Trimestrale	20



# DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO

**UOC Servizio Sanità Animale**

**UOC Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale**

**UOC Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche**

**UOC Servizio Igiene Produzione e Commercializzazione Prodotti Lattiero Caseari**



## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO

OBBIETTIVO AZIENDALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	VAL ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PAA 2013/ S.V. Agenas	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema Valutazione Agenas degli obiettivi del Direttore Generale	100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal PAA e SV Agenas	Trimestrale	40
Empowerment del Cittadino Utente	Promozione di politiche di partecipazione dei Cittadini Utenti attraverso: L'aggiornamento, per quanto di competenza, del Portale "Costruire Salute"; La realizzazione, di concerto con i Direttori Sanitari dei P.O., di un Open Day di Dipartimento con finalità illustrativa/divulgativa alla presenza del Comitato Consultivo Aziendale e in collaborazione con la UO Comunicazione; La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento.	N°   Aggiornamento Portale	Annuale	30
		N°   Open Day		
		N°   Opuscolo di Dipartimento		



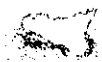
## UOC Servizio Sanità Animale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano Attuativo = non < 80% azioni	Quadrimestrale	30
<b>CONTROLLI ANAGRAFE ZOOTECNICA Check list</b>	Effettuazione di tutti i controlli previsti negli allevamenti della specie bovina, ovi-caprina, suina ed equina iscritti in BDN sulla corretta identificazione, nel contesto del sistema di identificazione e registrazione degli allevamenti e dei capi presenti	a) Chek-list bovina: controlli nel 5% delle aziende censiti in BDN b) Chek-list ovi-caprina: controlli nel 5% delle aziende censiti in BDN a) Chek-list equini: controlli nel 5% delle aziende censiti in BDN a) Chek-list suini: controlli 1% delle aziende censiti BDN	Quadrimestrale	30
<b>Attuazione linee guida...</b>	...	Redazione e consegna di un report sulle...	Annuale	10



## UOC Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano Attuativo = non < 80% azioni	Trimestrale	30
<b>PRIS 2012-2014</b> Consolidamento dei Monitoraggi Incremento dell'Attività di Controllo nell'Area Alimenti Origine Animale	Aggiornamento annuale della classificazione degli impianti e degli stabilimenti riconosciuti in funzione dei risultati dei controlli ufficiali attraverso trasmissione di copia della classificazione al Servizio 4 del DASOE.  ATTIVITA' ISPETTIVA STABILIMENTI RICONOSCIUTI secondo i livelli di rischio	N° campionamenti Effettuati 2013/ N° campionamenti previsti nel PRIS 2013 = 100%  Alto Ogni 2 mesi Medio Ogni 4 mesi Basso 2 volte l'anno	Trimestrale	30
	<b>ATTIVITA' MINIMA DI AUDIT SUGLI OSA</b>	N° 8 audit stabilimenti CE N° 5 audit stabilimenti DIA		
<b>Attività Aziendale</b>	<b>Attività Aziendale</b>	<b>N° report</b>	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>



## UOC Servizio Igiene Produzione e Commercializzazione Prodotti Lattiero Caseari

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano Attuativo = non < 80% azioni	Trimestrale	30
<b>PRIS 2012-2014 Consolidamento dei Monitoraggi Incremento dell'Attività di Controllo nell'Area Alimenti Origine Animale</b>	<p>Aggiornamento annuale della classificazione degli impianti e degli stabilimenti riconosciuti in funzione dei risultati dei controlli ufficiali attraverso trasmissione di copia della classificazione al Servizio 4 del DASOE.</p> <p><b>ATTIVITA' RICONOSCIUTI</b>      <b>ISPETTIVA</b> secondo i livelli di rischio      <b>STABILIMENTI</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ATTIVITA' MINIMA DI AUDIT SUGLI OSA</b></p>	<p>N° campionamenti Effettuati 2013/ N° campionamenti previsti nel PRIS 2013 = 100%</p> <p><b>Alto</b> Ogni 2 mesi <b>Medio</b> Ogni 4 mesi <b>Basso</b> 2 volte l'anno</p> <p style="text-align: center;">N° 18 audit stabilimenti CE</p>	Trimestrale	30
<b>Attività di Controllo nell'Area Alimenti Origine Animale</b>	Attività di controllo e monitoraggio delle attività nei tempi		Trimestrale	10





## UOC Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano Attuativo = non < 80% azioni	Trimestrale	30
<b>PIANO NAZIONALE RESIDUI E PIANO ALIMENTAZIONE ANIMALE 2013</b>	Effettuazione di tutte le attività di campionamento previsti nel PNR e PAA 2013	N° campionamenti PNR e PAA Effettuati 2013/ N° campionamenti previsti nel PNR e PAA 2013 = 100%	Trimestrale	30
<b>ATTUAZIONE PIANO NAZIONALE BENESSERE ANIMALE</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /azioni previste dal Piano Attuativo e coordinamento con il Piano Nazionale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano Attuativo = non < 80% azioni	Annuale	10



## DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

UOC Modulo Dipartimentale Sciacca Ribera Bivona

UOC Modulo Dipartimentale Agrigento Casteltermeni

UOC Modulo Dipartimentale Canicattì Licata

UOC Servizio Neuropsichiatria Infantile

UOC Malattie Psichiatriche Degenerativo-Involutive

UOC Servizio Coordinamento Dipendenze Patologiche



## DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL ATTESO INDICATORE	VERIFICA INDICATI	PESO %
PAA 2013/ S.V. Agenas	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema Valutazione Agenas degli obiettivi del Direttore Generale	100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal PAA e SV Agenas	Trimestrale	40
Empowerment del Cittadino Utente	Promozione di politiche di partecipazione dei Cittadini Utenti attraverso: L'aggiornamento, per quanto di competenza, del Portale "Costruire Salute"; La realizzazione, di concerto con i Direttori Sanitari dei P.O., di un Open Day di Dipartimento con finalità illustrativa/divulgativa alla presenza del Comitato Consultivo Aziendale e in collaborazione con la UO Comunicazione; La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento.	N°   Aggiornamento Portale N°   Open Day N°   Opuscolo di Dipartimento	Annuale	30



**UOC MODULO DIPARTIMENTALE Sciacca Ribera Bivona**

<b>DESCRIZIONE ATTIVITÀ</b>	<b>DESCRIZIONE ATTIVITÀ</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PERIODO</b>	<b>PUNTI</b>
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013 Completamento Azioni PAA 2012	N. azioni completate / N. azioni previste dai Piani attuativi non < 80% azioni	Trimestrale	<b>30</b>
<b>ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE</b>	Attivare tutte le procedure previste	Attivazione	Trimestrale	<b>15</b>
<b>RIDUZIONE DEI TSO</b>	Compiuta integrazione tra le varie articolazioni funzionali del dipartimento avviando una riduzione del 5% dei ricoveri in SPDC	TSO.2013/ TSO.2012=>5	Trimestrale	<b>15</b>
<b>REINGEGNERIZZAZIONE INTERVENTI NEI CENTRI DIURNI E NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE</b>	Redazione Piano di Miglioramento e sua applicazione	Piano Report	Trimestrale	<b>10</b>



**UOC MODULO DIPARTIMENTALE Agrigento Casteltermini**

<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013 Completamento Azioni PAA 2012	N. azioni completate / N. azioni previste dai Piani attuativi non < 80% azioni	Trimestrale	<b>30</b>
<b>ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE</b>	Attivare tutte le procedure previste	Attivazione	Trimestrale	<b>15</b>
<b>RIDUZIONE DEI TSO</b>	Compiuta integrazione tra le varie articolazioni funzionali del dipartimento avviando una riduzione del 5% dei ricoveri in SPDC	TSO.2013/ TSO.2012=>5	Trimestrale	<b>15</b>
<b>REINGEGNERIZZAZIONE INTERVENTI NEI CENTRI DIURNI E NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE</b>	Redazione Piano di Miglioramento e sua applicazione	Piano Report	Trimestrale	<b>10</b>



**UOC MODULO DIPARTIMENTALE Canicattì Licata**

OGGETTO AZIENDALE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	VALORI PREVISIONALI	PERIODO AZIENDALE	PUNTEGGIO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013 Completamento Azioni PAA 2012	N. azioni completate / N. azioni previste dai Piani attuativi non < 80% azioni	Trimestrale	<b>30</b>
<b>ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE</b>	Attivare tutte le procedure previste	Attivazione	Trimestrale	<b>15</b>
<b>RIDUZIONE DEI TSO</b>	Compiuta integrazione tra le varie articolazioni funzionali del dipartimento avviando una riduzione del 5% dei ricoveri in SPDC	TSO.2013/ TSO.2012=>5	Trimestrale	<b>15</b>
<b>REINGEGNERIZZAZIONE INTERVENTI NEI CENTRI DIURNI E NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE</b>	Redazione Piano di Miglioramento e sua applicazione	Piano Report	Trimestrale	<b>10</b>



**UOC SERVIZIO COORDINAMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE**

<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013 Completamento Azioni PAA 2012	N. azioni completate / N. azioni previste dai Piani attuativi non < 80% azioni	Trimestrale	<b>30</b>
<b>ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE</b>	Attivare tutte le procedure previste	Attivazione	Trimestrale	<b>15</b>
<b>ANALISI DEL TARGET UTENTI TRATTATI PER LE VARIE FORME DI DIPENDENZA PATOLOGICA</b>	Attivare e rendicontare una analisi quali-quantitativa della tipologia di pazienti trattati	N° tossicodipendenti trattati con farmaci sostitutivi	Trimestrale	<b>15</b>
		N° tossicodipendenti trattati con psicoterapia o colloqui psicologici		
		N° soggetti che ha avuto accesso al SerT per dipendenze diverse dall'eroina		
		N° soggetti che ha avuto accesso al SerT per dipendenze non farmacologiche (sexual addiction, gioco d'azzardo, ludopatie, internet addiction etc)		
<b>SCREENING SOGGETTI SERT x HIV Epatite B e C</b>	Screening dei soggetti afferenti ai SerT per Epatite B, C ed HIV	N° soggetti afferenti ai SerT sottoposti a screening per epatite B, epatite C e per HIV nei SerT	Trimestrale	<b>10</b>



**UOC SERVIZIO MALATTIE PSICHIATRICHE DEGENERATIVO-INVOLUTIVE**

<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013 Completamento Azioni PAA 2012	N. azioni completate / N. azioni previste dai Piani attuativi non < 80% azioni	Trimestrale	<b>30</b>
<b>ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE</b>	Attivare tutte le procedure previste	Attivazione	Trimestrale	<b>15</b>
<b>MESSA A REGIME CENTRI ALZHEIMER AGRIGENTO E SCIACCA</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste per una compiuta erogazione delle prestazioni rese	Report	Trimestrale	<b>15</b>
<b>ATTIVAZIONE CENTRI TERRITORIALI DI PSICOGERIATRIA AFFERENTI AL DSM</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste per una compiuta erogazione delle prestazioni rese	Report	Trimestrale	<b>10</b>





**UOC SERVIZIO COORDINAMENTO NPI**

<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013 Completamento Azioni PAA 2012	N. azioni completate / N. azioni previste dai Piani attuativi non < 80% azioni	Trimestrale	<b>30</b>
<b>ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE</b>	Attivare tutte le procedure previste	Attivazione	Trimestrale	<b>15</b>
<b>PROGETTAZIONE SU TEMATICHE SPECIALI</b>	Progettazione di attività di valutazione dell'efficacia degli interventi di profilassi e terapia nei minori e nei neonati a rischio Progettazione di attività di pubblica utilità in materia di "abuso e maltrattamento di minori" Promozione di progetti socio-riabilitativi per l'autismo	Progetti	Trimestrale	<b>15</b>
<b>PARTENARIATO CON ENTI ED ASSOCIAZIONI DI SETTORE</b>	Promozione di accordi di partenariato per tematiche di settore	Convenzioni Eventi Formativi	Trimestrale	<b>10</b>



# **DISTRETTI SANITARI DI BASE**



UOC ASSISTENZA SANITARIA DI BASE, OSPEDALITA' PRIVATA, SPECIALISTICA MEDICINA LEGALE E FISCALE ED ASSISTENZA INTEGRATIVA  
SOCIO SANITARIA

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013 e Agenas</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni	Trimestrale	20
<b>Integrazione Ambulatorio pediatrico Immigrati</b>	Attivazione procedure	Report	Trimestrale	5
<b>PTE</b>	Predisposizione Bando Medici x Disponibilità Oraria al Potenziamento Rete Emergenza	Bando 2013 + Graduatoria entro aprile 2013	Trimestrale	5
<b>PPI -P</b>	Completamento attivazione PPI PP nei distretti sprovvisti	Bando 2013 + Graduatoria entro aprile 2013	Trimestrale	
<b>CURE DOMICILIARI</b>	Mantenimento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate con trasmissione ai distretti del piano aziendale 2013 e relativo monitoraggio	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2013 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2012 non < al 3,5 % della popolazione >65 = a 3065	Trimestrale	20
<b>RETE SPECIALISTICA POLIAMBULATORIALE E Convenzionamento Esterno e Continuità Assistenziale</b>	Programmazione FABBISOGNO SPECIALISTICO Anno 2013 Integrazione Rete Cup Convenzionamento Esterno-Urgenti(Sperimentale) Sperimentazione CARTELLA CLINICA Informatizzata Poliambulatoriale (CCI-Po) Messa in Rete delle Guardie Mediche (rete IMA e E/U)	Atto Attivazione Prenotazione x urgenze al CUP Aziendale Attivazione CCI-Po Attivazione Rete Integrata IMA ed E/U H-T	Trimestrale	
<b>VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ANCHE ATTRAVERSO VERIFICHE E CONTROLLI</b>	N° prestazioni per singolo specialista /ora e ove necessario calcolare la media ponderata. Controlli specialista convenzionata ambulatoriale interna in ordine a: accessi, prestazioni rendicontate e quelle effettuate, rispetto 'orario etc. N° prestazioni per singolo specialista /volumi economici	N 4 report	Trimestrale	20
	Verifica e controllo delle situazioni di incompatibilità dei medici che svolgono attività in regime di convenzione con l'Azienda (MMG,PLS, Specialisti ambulatoriali interni, Medici di continuità assistenziale)	Relazione relativa alle procedure di verifica effettuate e risultati ottenuti	Trimestrale	
	Monitoraggio delle liste di attesa per branca dell'area territoriale Verifica puntuale delle liste d'attesa per branca	N° 3 report	Trimestrale	
	Controllo, vigilanza e verifica strutture specialistiche e di ricovero accreditate esterne. Monitoraggio mensile costi e rispetto budget strutture specialistiche e di ricovero accreditate esterne,	N° 3 report sulle verifiche e sui provvedimenti adottati	Trimestrale	



## UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE BIVONA

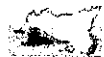
	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Trimestrale	10
	<b>COMPLETAMENTO ATTIVAZIONE 40 POSTI LETTO RSA BIVONA</b>	SI/NO Attivazione 40 PL RSA BIVONA	SI entro 28 02 2013	Trimestrale	5
<b>Promozione Cure Domiciliari</b>	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate non < al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2013 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2012	> 10%	Trimestrale	5
<b>Promozione Cure Residenziali</b>	Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso <b>RSA Aziendali</b> di almeno il 10%	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2013/ N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	Non < al 10%	Trimestrale	10
<b>PTA</b>	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Agenas 2.5 2012 con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PUA Corso Formazione PUA in tre edizioni	100% Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale Trimestrale	5
<b>Promozione Continuità Ospedale Territorio</b>	Potenziare la Gestione Integrata Ospedale - Territorio per la cronicità implementando la rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedaleterritorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - BPCO	Report	Trimestrale	20
<b>Monitoraggio SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA CUSTOMER SATISFACTION Rilevazione della qualità percepita</b>	<b>MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA</b> delle prestazioni critiche(PC) ambulatoriali e di Diagnostica strumentale monitorando le prestazioni critiche Somministrazione di questionari di valutazione (redatti da UO Qualità) dei servizi diagnostici e ambulatoriali e	N. PC (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali	Report Report	Trimestrale Trimestrale	5 10





Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013 e Agenas	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Trimestrale	10
COMPLETAMENTO ATTIVAZIONE 16 POSTI LETTO RSA AGRIGENTO	SI/NO Attivazione ulteriori 16 PL RSA Agrigento	SI entro 28 02 2013	Trimestrale	5
Mantenimento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate non < al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente nel distretto	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2013 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2012	➤ Standard regionale	Trimestrale	5
Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso <b>RSA Aziendali</b> di Bivona ed Agrigento	N° ricoveri RSA 2013/ 2012 e prospetto Dimissioni protette	I.O 70- 80%	Trimestrale	10
Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Agenas 2.5 2012 con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA	100%	Trimestrale	5
Potenziare la Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità implementando la rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	Corso Formazione PUA in tre edizioni	Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale	
	Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - BPCO	Report	Trimestrale	20
MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche(PC) ambulatoriali e di Diagnostica strumentale monitorando le prestazioni critiche	N. PC (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	Report	Trimestrale	5
Somministrazione di questionari di valutazione (redatti da UO Qualità) dei servizi diagnostici e ambulatoriali e	N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali	Report	Trimestrale	10

OBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Trimestrale	20
	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate non < al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2013 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2012	> 10%	Trimestrale	10
	Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso <b>RSA Aziendali</b> di almeno il 10%	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2013/ N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	Non < al 10%	Trimestrale	10
	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Agenas 2.5 2012 con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA Corso Formazione PUA in tre edizioni	100% Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale Trimestrale	5
	Potenziare la Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità implementando la rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedaleterritorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - BPCO	Report	Trimestrale	10
	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche(PC) ambulatoriali e di Diagnostica strumentale monitorando le prestazioni critiche	N. PC (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	Report	Trimestrale	10



OBBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Trimestrale	20
	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate non < al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2013 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2012	> 10%	Trimestrale	10
	Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso <b>RSA Aziendali</b> di almeno il 10%	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2013/ N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	Non < al 10%	Trimestrale	10
	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Agenas 2.5 2012 con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA Corso Formazione PUA in tre edizioni	100% Partecipazione tutti i dipendenti PTA Report	Trimestrale Trimestrale	5
	Potenziare la Gestione Integrata Ospedale - Territorio per la cronicità implementando la rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedaleterritorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - BPCO	Report	Trimestrale	10
	<b>MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA</b> delle prestazioni critiche(PC) ambulatoriali e di Diagnostica strumentale monitorando le prestazioni critiche	N. PC (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	Report	Trimestrale	10
		utenti ambulatoriali	Report	trimestrale	5





OBBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Trimestrale	20
	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate non < al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2013 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2012	> 10%	Trimestrale	10
	Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso <b>RSA Aziendali</b> di almeno il 10%	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2013/ N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	Non < al 10%	Trimestrale	10
	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Agenas 2.5 2012 con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA Corso Formazione PUA in tre edizioni	100% Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale Trimestrale	5
	Potenziare la Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità implementando la rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedalterritorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - BPCO	Report	Trimestrale	10
	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche(PC) ambulatoriali e di Diagnostica strumentale monitorando le prestazioni critiche	N. PC (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	Report	Trimestrale	10
	somministrazione di questionari di valutazione (redatti da uo qualità) dei servizi diagnostici e ambulatoriali e	n. questionari somministrati tramite intervista / n. utenti ambulatoriali	Report	trimestrale	5



OBBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Trimestrale	20
	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate non < al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2013 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2012	> 10%	Trimestrale	10
	Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso <b>RSA Aziendali</b> di almeno il 10%	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2013/ N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	Non < al 10%	Trimestrale	10
	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Agenas 2.5 2012 con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA Corso Formazione PUA in tre edizioni	100% Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale Trimestrale	5
	Potenziare la Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità implementando la rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedaleterritorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - BPCO	Report	Trimestrale	10
	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche(PC) ambulatoriali e di Diagnostica strumentale monitorando le prestazioni critiche	N. PC (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	Report	Trimestrale	10
	somministrazione di questionari di valutazione (redatti da uo qualità) dei servizi diagnostici e ambulatoriali e	n. questionari somministrati tramite intervista / n. utenti ambulatoriali	Report	trimestrale	5



**PROGETTO PERFORMANCE**

OBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Trimestrale	20
	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate non < al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2013 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2012	> 10%	Trimestrale	10
	Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso <b>RSA Aziendali</b> di almeno il 10%	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2013/ N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	Non < al 10%	Trimestrale	10
	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Agenas 2.5 2012 con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA Corso Formazione PUA in tre edizioni	100% Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale Trimestrale	5
	Potenziare la Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità implementando la rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedaleterritorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - BPCO	Report	Trimestrale	10
	<b>MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA</b> delle prestazioni critiche(PC) ambulatoriali e di Diagnostica strumentale monitorando le prestazioni critiche	N. PC (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	Report	Trimestrale	10
	somministrazione di questionari di valutazione (redatti da uo qualità) dei servizi diagnostici e ambulatoriali e	n. questionari somministrati tramite intervista / n. utenti ambulatoriali	Report	trimestrale	5



# UNITA' OPERATIVE ALLE DIRETTE DIPENDENZE DEL DIRETTORE GENERALE

**U.O.C. SERVIZIO DI PSICOLOGIA**

**UO SORVEGLIANZA SANITARIA- MEDICO COMPETENTE**

**UO SERVIZIO LEGALE E CONTENZIOSO**

**UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**





OBBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	MODALITÀ DI CONTROLLO	PESO		
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Quadrimestrale	20		
			Rilevazione	Quadrimestrale	20		
POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PSICOLOGICA	Sostegno psicologico in ambito clinico	N. pazienti PS P.O AG che ricevono supporto psicologico specifico / N. pz. dimessi dal PS	Rilevazione	Quadrimestrale	20		
			Messa a regime Ambulatorio Metabole'	Quadrimestrale	20		
			Prosecuzione PON 2012: Riabilitazione psicologica nelle aree critiche"	Report quadrimestrali	Quadrimestrale	20	
			Potenziamento e supporto a percorso Nascita e IVG	N. Gravidie che ricevono supporto psicologico specifico per il percorso Nascita N. Donnei che ricevono supporto psicologico specifico per il percorso IVG	Rilevazione e Report	Quadrimestrale	10
			Incremento dell'attività degli interventi clinici	Numero interventi clinici (psicoterapia individuale, familiare, di gruppo, colloquio psicologico, test) anno 2013 / N° interventi clinici (psicoterapia individuale, familiare, di gruppo, colloquio psicologico, test) anno 2012 (personale psicologo F.T.E.)	> anno 2012	Quadrimestrale	10
EFFICIENZA		N° soggetti anziani disabili (over-64) presi in carico per trattamenti psicoterapeutici	Report	Quadrimestrale	10		



OBBIETTIVO GENERALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	MODALITÀ DI CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Trimestrale	30
	Espletamento attività di sorveglianza sanitaria secondo TU 81/08 in ambito aziendale	Numero visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del DL. 81/2008 nell'anno 2013	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	Trimestrale	20
	Mappatura per MacroArea delle idoneità e delle mansioni ridotte	T rasmissione report giudizi di idoneità/mansioni ridotte per Macroarea alla Direzione Strategica	100%	Trimestrale	20
	<b>EFFICIENZA</b>				

DOC PSICOLOGIA

OBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	MODALITÀ DI CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Quadrimestrale	20
<b>POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PSICOLOGICA</b>	Sostegno psicologico in ambito clinico	N. pazienti PS P.O AG che ricevono supporto psicologico specifico / N. pz. dimessi dal PS	Rilevazione	Quadrimestrale	20
	Messa a regime Ambulatorio Metabole'	Nà pazioernti presi in carico Nà consulenze speciliasitiche attivate			
	Prosecuzione PON 2012: Riabilitazione psicologica nelle aree critiche"	Progetto con rendicontazione economica entro il 28 02 2013	Report trimestrali	Avvio attività entro il 30 04 2013	Quadrimestrale
				Rendicontazione economica al 31 12 2013	
Potenziamento e supporto a percorso Nascita e IVG	N. Gravidie che ricevono supporto psicologico specifico per il percorso Nascitai N. Donnei che ricevono supporto psicologico specifico per il percorso IVG	Rilevazione e Report	Quadrimestrale	10	
<b>EFFICIENZA</b>	Incremento dell'attività degli interventi clinici	Numero interventi clinici (psicoterapia individuale, familiare, di gruppo, colloquio psicologico, test) anno 2013 / N° interventi clinici (psicoterapia individuale, familiare, di gruppo, colloquio psicologico, test) anno 2012 ( personale psicologo F.T.E.)	> anno 2012	Quadrimestrale	10
		N° soggetti anziani disabili (over-64) presi in carico per trattamenti psicoterapeutici	Report	Quadrimestrale	10



UO SORVEGLIANZA SANITARIA - MEDICO COLLABORATORE

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	MODALITÀ DI CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	Non < 80% azioni	Trimestrale	30
<b>EFFICIENZA</b>	Espletamento attività di sorveglianza sanitaria secondo TU 81/08 in ambito aziendale	Numero visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del DL. 81/2008 nell'anno 2013	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	Trimestrale	20
	Mappatura per MacroArea delle inidoneità e delle mansioni ridotte	Trasmissione report giudizi di inidoneità/mansioni ridotte per Macroarea alla Direzione Strategica	100%	Trimestrale	20





## UO Legale e Contenzioso

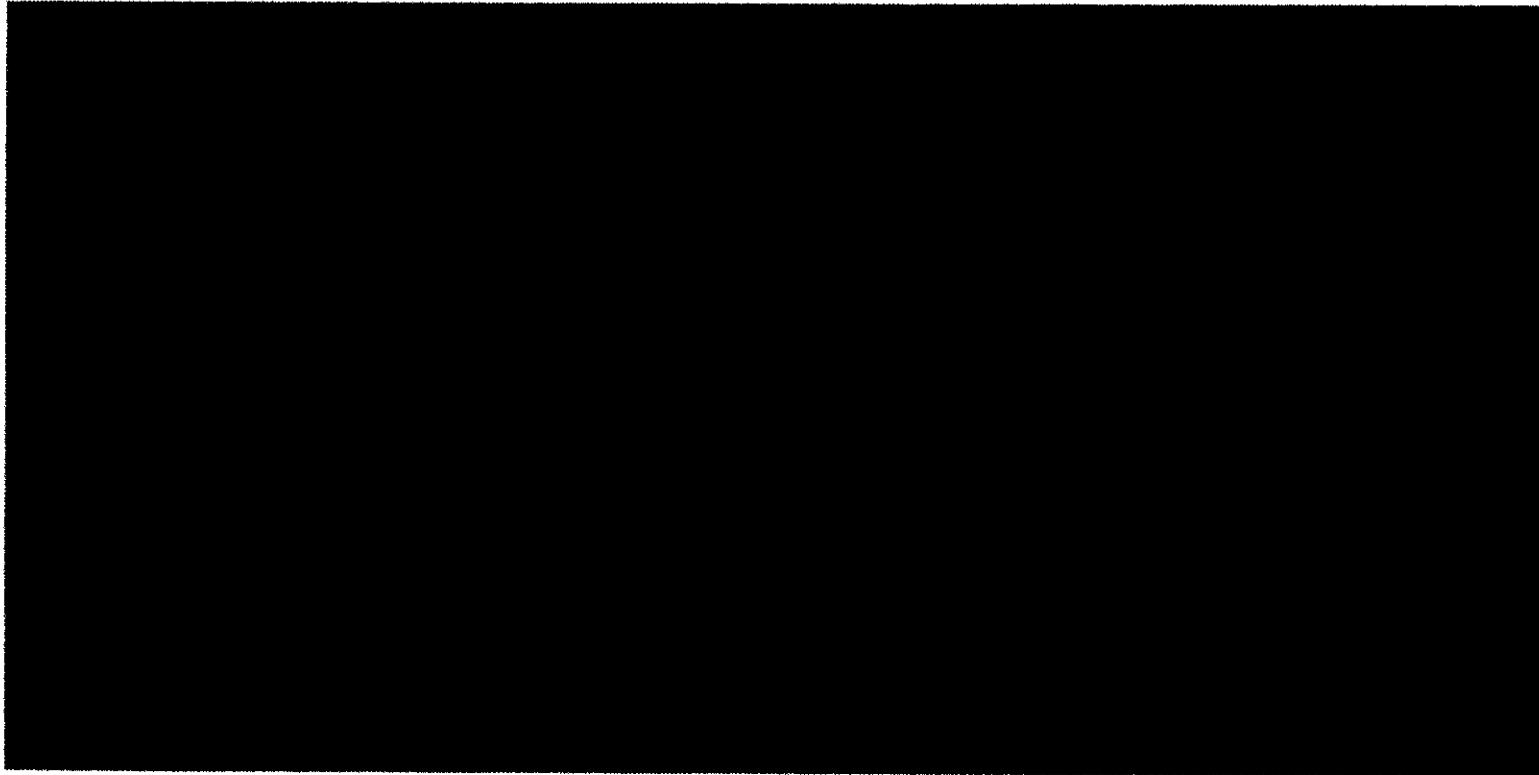
OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	MODALITÀ DI CONTROLLO	PESO
<b>RIDUZIONE COSTI SPESE LEGALI ASP</b>	Messa a punto N. I procedura Regolamento "Recupero dei crediti" relativi alle prestazioni specialistiche usufruite e non ritirate, ticket per codici bianchi presso i punti di Pronto Soccorso,	Procedura	Recupero Crediti	Trimestrale	35
	Messa a punto N. I Regolamento aziendale per la gestione del "contenzioso del lavoro".	Regolamento	Stima del Grado di Soccombenza		
<b>MONITORAGGIO DEL CONTENZIOSO</b>	Monitoraggio trend del contenzioso, con specifica dei seguenti elementi: - cause per contenzioso e tipologia; - valore delle singole cause; - stima del grado di soccombenza Possibilità di monitorare il Fondo Rischi Recupero Crediti Attivazione Transazioni	Redazione report direzionale trimestrale	Report Aggiornamento Fondo Rischi Risparmi	Trimestrale	35
		Accantonamento fondo rischi			
		N. procedure attivate per recupero crediti / N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite			
		N° transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.			



SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	MODALITÀ DI CONTROLLO	PESO
<b>REVISIONE DEL DOCUMENTO DEL PIANO DI EMERGENZA EVACUAZIONE</b>	Revisione del documento	N° Strutture Complesse Aziendali per le quali si è provveduto alla revisione del "piano di emergenza-evacuazione" e alla relativa divulgazione verso il personale / N. Strutture Complesse aziendali	➤ 50 %	Trimestrale	35
<b>REVISIONE DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI AI SENSI DEL D.LGS. 81/08 E D.LGS. 106/2009 CON LE SCHEDE TECNICHE DI SICUREZZA NECESSARIE E RELATIVA DIVULGAZIONE</b>	Revisione del documento	N. Presidi ospedalieri e Strutture complesse aziendali per i quali si è provveduto alla revisione del documento di valutazione dei rischi con le schede tecniche necessarie e alla relativa divulgazione verso il personale / N. Presidi ospedalieri e Strutture	> 50%	Trimestrale	35





- UO Politiche del Personale**
- UO Gestione Attività Libero Professionale**
- UO Gestione della Qualità**
- UO Comunicazione Istituzionale ed Interna**
- UO Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione**
- UO Sistema Informativo e Statistico Locale**
- UO Gestione e coordinamento attività di valutazione e controllo DRG e SDO**
- UO Educazione alla salute**
- UO Gestione del Rischio Clinico**



### UOC STAFF DIREZIONE STRATEGICA

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Formazione Aziendale	Attuazione Piano Formativo 2013 Aggiornamento Archivio ECM (con ausilio Direttori UOC) Redazione Piano Formativo 2014	Realizzazione di almeno il 50% delle attività incluse nel Piano Formativo 2013 Redazione PAF 2014 Archivio ECM	Trimestrale	<b>10</b>
	Partecipazione Attività di Programmazione-Operatività PON 2012 e Progettazione Europea	Assicurare la partecipazione alla attività programmatoria ed operativa dei PON 2012 e Progettazione Europea	Presenza Convocazioni di settore	
Partecipazione Rete formativa Regionale	Completamento procedura di Accredimento in qualità di provider al Sistema Regionale ECM	Report	Trimestrale	
	Partecipazione ai progetti Formativi Regionali	Attestati Progetti Formativi Regionali		
	Partecipazione del Responsabile Formazione ai lavori delle rete dei referenti	Attestati di partecipazione		

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Miglioramento Gestione Privacy e ALPI	Revisione procedure Privacy	Atto e Stato dell'Arte(SAL)	Trimestrale	<b>5</b>
	Verifica incompatibilità nell'esercizio delle attività ALPI	Report-SAL		
	Analisi quali quantitativa del Sistema ALPI	Report- SAL		



## UOC STAFF DIREZIONE STRATEGICA

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PIANO QUALITÀ</b>	Redazione Piano Qualità Aziendale Realizzazione Azioni di miglioramento indicate nel Piano	Delibera Piano Qualità (Entro 31 /05/ 2013) N° Azioni miglioramento Indicate/ N° Azioni Miglioramento Effettuate = 1	Trimestrale	<b>5</b>
<b>POTENZIAMENTO ATTIVITÀ DI RACCORDO CON I COMITATI CONSULTIVI AZIENDALI (CCA)</b>	Partecipazione Progetto regionale Audit Civico e Riunioni CCA	Attestazione Progetto Audit Civico N° 5 riunioni	Trimestrale	
<b>CUSTOMER SATISFACTION</b>	Monitoraggio soddisfazione dell'utenza attraverso evidenza documentale (di concerto con U.O. Comunicazione)	Report soddisfazione Utenza	Trimestrale	

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PROGETTAZIONE EUROPEA</b>	Insedimento Formale Nucleo di Progettazione Aziendale Calendarizzazione di almeno n° 4 incontri Redazione N.1 Progetto Europeo	Verbale Insediamento Verbali Convocazioni Redazione di almeno N° 1 progetto entro il 31 /12/ 2013	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Piano Aziendale Comunicazione</b>	Adozione ed Attuazione	Piano Report	Trimestrale	
<b>POTENZIAMENTO ATTIVITÀ DI RACCORDO CON II COMITATO CONSULTIVO AZIENDALE (CCA)</b>	Indizione di almeno n° 5 riunioni con il CCA con redazione di apposito verbale e proposta di miglioramento entro il 31 08 2013	N° 5 riunioni Proposta Miglioramento	Trimestrale	
<b>PORTALE "COSTRUIRE SALUTE"</b>	Assicurare la congruenza contenutistica delle attività sanitarie presenti nel portale "Costruire Salute"	Aggiornamento Portale	Trimestrale	



<b>REDAZIONE CARTA DEI SERVIZI</b>	Aggiornamento Carta dei Servizi	Carta dei Servizi	Trimestrale	
<b>REDAZIONE BROCHURE DI DIPARTIMENTO</b>	Produzione Brochure di Dipartimento	Brochure	Trimestrale	
<b>POTENZIAMENTO COMUNICAZIONE PORTALE</b>	Aggiornamento sito web Redazione bollettino on line Sportello virtuale "Lo specialista risponde"	Report	Trimestrale	
		Bollettino		
		Attivazione Sportello		
<b>PEC</b>	Assicurare la comunicazione interna obbligatoriamente via PEC	Attivazione PEC	Trimestrale	
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VALATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<b>REGOLARE E COSTANTE ACQUISIZIONE TRASMISSIONE DEI DATI E DEI FLUSSI.</b>	Garantire il costante soddisfacimento del fabbisogno informativo dei dati Sanitari nel rispetto dei tempi previsti di trasmissione alla Regione e al Ministero.	100% REPORT	Trimestrale	<b>5</b>



## U.O.C. STAFF DIREZIONE STRATEGICA

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2013 Obiettivi (AGENAS) 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA e degli obiettivi 2013	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo/Ob Agenas	Trimestrale	<b>5</b>
<b>PIANO EDUCAZIONE ALLA SALUTE</b>	Redazione Piano previa preventiva validazione da parte della Direzione sanitaria . Realizzazione Azioni indicate nel Piano	Delibera Piano (Entro 31 05 2013) N° Azioni Indicate/ N° Effettuate = 1	Trimestrale	
<b>POTENZIAMENTO ATTIVITÀ DI RACCORDO CON I DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE x ATTUAZIONE LINEE DI PREVENZIONE</b>	Effettuazione attività secondo cronoprogramma aziendale	Report	Trimestrale	

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2013</b>	Coordinamento Gruppo di Lavoro Piano Attuativo Aziendale 2013 secondo direttive AGENAS	Redazione PAA 2013	31 12 2013	<b>15</b>
		Redazione SAL mensili		
		Redazione Documento Finale		
<b>SUPPORTO DIR. STRATEGICA PER ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO PON 2012</b>	Supporto Tecnico e Logistico per il controllo dello stato di attuazione PON.	Redazione Delibera Controllo Trimestrale	31 12 2013	
		Atto Tracking di Periodo Redazione Documento Finale	31 12 2013	
<b>SUPERCONTROLLO OBIETTIVI DG 2013 SECONDO AGENAS</b>	Predisposizione Atto di assegnazione Obiettivi Report di Tracking. Analisi di Punteggio Attività di Raccordo con Assessorato Salute	Atto Tracking di Periodo Redazione Documento Finale	31 12 2013	
<b>AVVIO CONTABILITÀ ANALITICA PER CENTRI DI COSTO (DI CONCERTO CON IL SEF)</b>	Attività Formativa per le Unità Operative Complesse Attivazione procedura GPI (previa Formazione) Avvio Processo con revisione delibera	Entro il 15 03 2013 Abilitazione GPI Avvio Processo	31 12 2013	



<b>PIANO PERFORMANCE</b>	Supporto Tecnico alla predisposizione "Aggiornamento Annuale"	Delibera Aggiornamento	31 01 2013
	Supporto Tecnico alla predisposizione documento "Relazione Performance 2012"	Delibera Relazione Performance 2012	30 06 2013
	Predisposizione Campagna Informativa Obiettivi Performance 2013	N.5 Eventi	30 04 2013
<b>NEGOZIAZIONE OBIETTIVI</b>	Predisposizione Schede di Budget Verbalizzazione Sedute Negoziali Supporto tecnico per la sottoscrizione Schede di Budget e relativa archiviazione	Schede Verbali Archivio	31 12 2013
<b>MONITORAGGIO OBIETTIVI E DATI DI ATTIVITÀ 2013 (CRUSCOTTO DIREZIONALE)</b>	Attività trimestrale subordinata all'installazione di un Cruscotto direzionale da parte dei Servizi Informatici che in tempo reale estrapoli i dati di controllo delle Unità Operative e li renda visibili al Co Ge	Monitoraggio trimestrale (previa installazione Cruscotto Direzionale)	31 12 2013
<b>VERIFICA PERFORMANCE 2012</b>	Redazione schede di Verifica Budget 2012, e loro validazione/ chiusura schede da parte della Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa.	Schede di Verifica entro il 30 04 2013	31 12 2013
	Calendarizzazione sedute OIV e costante partecipazione alle stesse, fornendo all'Organismo Indipendente di Valutazione il necessario supporto tecnico e logistico.	Maggio-Giugno 2013	

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL.ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<b>PAA 2013 Obiettivi AGENAS 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA e degli obiettivi 2013	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo/ob Agenas	Trimestrale	<b>5</b>
<b>Predisposizione documentale (anche Joint Commissione) di tutte le procedure</b>	Predisposizione documentale (anche Joint Commissione) di tutte le procedure. Audt.	Procedure Report Audit	Trimestrale	
<b>Introduzione STU(Scheda Terapia UNICA) e Cartella Clinica Informatizzata</b>	Supporto tecnico per l'introduzione della scheda terapia unica e per la Cartella Clinica Informatizzata	Procedure Report Audit	Trimestrale	





## U.O.C. STAFF DIREZIONE STRATEGICA

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VALATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>ASSICURARE IL COSTANTE CONTROLLO DELLE PERFORMANCE OSPEDALIERE FORNENDO IL NECESSARIO SUPPORTO AL CONTROLLO DIREZIONALE</b>	Controllo Analitico Dati di Bed Management e relativa Trasmissione al CO.GE ed alla U.O. entro il mese successivo in caso di scostamento  Analisi Comportamenti Opportunistici- Verifica appropriatezza  Analisi Mensile Ricoveri Impropri e relativa Trasmissione al CO.GE ed alla U.O. entro il mese successivo in caso di scostamento	Report mensile	Mensile	<b>10</b>



# Obiettivi AREA AMMINISTRATIVA



**Obiettivi comuni**  
**per tutti i centri di responsabilità di tipo amministrativo**

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PUNTUALE DISPONIBILITÀ DEI DATI E DEI FLUSSI</b>	Regolare e completa trasmissione dei dati e dei flussi alla Direzione Generale, al SIL, alla Regione e/o ad altri enti entro i tempi di scadenza previsti per ciascun flusso o dato	100%	Trimestrale	<b>20</b>
<b>VALORIZZAZIONE MAGAZZINO MATERIALI DI CONSUMO NON SANITARI</b>	Inventario di magazzino quadrimestrale con valorizzazione quantitativa del materiale di consumo non sanitario giacente, da trasmettere al Settore Provveditorato	N. 3 inventari	Quadrimestrale	<b>5</b>
<b>DEMATERIALIZZAZIONE DOCUMENTALE</b>	Attivare le procedure di migrazione dal cartaceo al digitale	N° documenti e procedure digitalizzate / N° documenti e procedure tradizionali , Valore non inferiore a 1	Trimestrale	<b>5</b>



## DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VALORE ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2013 IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ/AZIONI PREVISTE DAL PAA 2013</b>	Monitoraggio e verifica della coerente corrispondenza del Piano con le azioni poste in essere dalle Strutture afferenti al Dipartimento.	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo Non < 80% azioni	Quadrimestrale + Invio Reports bimestrali	<b>50</b>
<b>PON ATTUAZIONE DELLE LINEE DI PIANO SANITARIO NAZIONALE E PIANO DI PREVENZIONE</b>	Pianificare, progettare, attivare e completare le procedure per l'attuazione delle linee di Piano Sanitario Nazionale secondo direttive della Direzione Strategica	<u>Numero Azioni Richieste DS</u> / <u>Numero Azioni Effettuate</u>	Quadrimestrale + Invio Reports bimestrali Quadrimestrale	<b>10</b>
<b>DEMATERIALIZZAZIONE DOCUMENTALE</b>	Attivare la digitalizzazione documentale utilizzando la PEC quale strumento <b>OBBLIGATORIO</b> di comunicazione ai direttori di UOC e Dipartimenti	N° PEC attivate = N° direttori di UOC e Dipartimenti	Quadrimestrale	<b>10</b>



## UOC SERVIZIO AFFARI GENERALI, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RISORSE UMANE

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>RICOGNIZIONE PERSONALE DIPENDENTE</b>	Allocazione nei centri di costo di appartenenza delle risorse umane con aggiornamento continuo per le variazioni (Cessazioni Trasferimenti Immissioni e Disposizioni di Servizio etc) con trasmissione alla U.O. PP Co. Stra. e Co Gestione	Report trimestrali del personale allocato : 40% , 60% , 80% 100%	40% entro il 15.04.2013, 60% entro il 15/07/2013, 80% entro il 15/10/2013 100% entro il 15/01/2014	10
<b>GESTIONE MODULO GIURIDICO INFORMATICO DEL PERSONALE DIPENDENTE</b>	Verifica completezza dati giuridici inseriti nel sistema informatico relativi alle risorse umane con rapporto di dipendenza.	Report trimestrali del personale allocato : 40% , 60% , 80% 100%	40% entro il 15.04.2013, 60% entro il 15/07/2013, 80% entro il 15/10/2013 100% entro il 15/01/2014	10
<b>COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE</b>	Aggancio ai conti della contabilità generale di ciascuna voce stipendiale per tutte le tipologie di risorse umane inserite nel sistema paghe del personale dipendente	Produzione report	Entro il 30/04/2013	10
	Monitoraggio mensile dei costi del personale afferenti ai fondi contrattuali con trasmissione alla U.O. PP Co. Stra. e Co Gestione	Report mensile da produrre entro il 10° giorno successivo al mese di riferimento	trimestralmente	10
<b>CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA AZIENDALE</b>	Adempimenti consequenziali relativi alla contrattazione e concertazione degli istituti contrattuali secondo le indicazioni della direzione strategica	Predisposizioni provvedimenti entro 30 giorni dalla comunicazione ufficiale della direzione strategica	Report trimestrale dei provvedimenti adottati.	10
<b>DOTAZIONE ORGANICA</b>	Piano delle assunzioni copertura posti vacanti 2012-2014	Predisposizione piano delle assunzioni	30 04 2013	10
<b>FONDI CONTRATTUALI</b>	Costituzione fondi personale dirigenza e comparto.	Proposta di delibera costituzione fondi entro il 30/04/2013	30 04 2013	10



## UOC SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>MONITORAGGIO COSTANTE E COMPLETO DELLE RISORSE ECONOMICHE</b>	Variazione del piano dei centri di costo in relazioni alla mutate esigenze aziendali	Predisposizione atti entro dieci giorni dalla formale comunicazione della variazione intervenuta	Report trimestrale	15
	Corretta e compiuta gestione dalla contabilità separata per attività Libero Professionale	Report trimestrale	15/04/2013 15/07/2013 15/10/2013 15/01/2014	25
<b>INVENTARIO BENI IMMOBILI E MOBILI</b>	Aggiornamento continuo e valorizzazione patrimonio aziendale	N° 4 inventari	15/04/2013 15/07/2013 15/10/2013 15/01/2014	10
<b>LIQUIDAZIONE FATTURE</b>	Emissione ordinativi di pagamento fatture ciclo passivo entro i termini previsti dalla normativa vigente	Predisposizione e trasmissione liste ordinativi pagamenti	15/04/2013 15/07/2013 15/10/2013 15/01/2014	10
	Emissione ordinativi di pagamento relativi ai provvedimenti di liquidazione pervenuti	Ordinativo di pagamento entro 5 giorni dalla ricezione del provvedimento di liquidazione	Report analitico trimestrale	10



## UOC SERVIZIO PROVVEDITORATO

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PON PAA 2013</b>	Predisposizione procedure per acquisizione beni e servizi previsti e finanziati dal PON o per PAA 2013 secondo ordine di priorità definito dalla direzione strategica	Predisposizione provvedimenti di acquisizione entro trenta giorni dalla richiesta della direzione strategica	Report analitico trimestrale	15
<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE ALLA LUCE DEL DLG 95/12</b>	Piano degli acquisti centralizzati per beni e servizi e relativa gestione nei tempi previsti secondo ordine di priorità definito dalla direzione strategica	Redazione Piano Annuale ACQUISTI	30/05/2013	15
	Riduzione del 5 % dei costi economali	Costi Economali 2013 < 5% dei costi economali 2012	Report 15/04/2013 15/07/2013 15/10/2013 15/01/2014	10
<b>FLUSSO INFORMATIVO DISPOSITIVI MEDICI</b>	Assolvimento Debito Informativo per quanto di competenza: caricamento contratti e verifica della corrispondenza dei beni consumati sullo specifico contratto	Produzione flusso mensile 100%	Mensile	5
<b>VALORIZZAZIONE MAGAZZINO MATERIALI DI CONSUMO NON SANITARI</b>	Valorizzazione economica del materiale di consumo giacente in azienda sulla scorta degli inventari trasmessi dai vari centri di responsabilità	Valorizzazione scorte aziendali	31/01/2014	15
<b>GARE</b>	Ricognizione gare scadute e in scadenza al primo semestre 2013 e predisposizione bandi nuove gare	Ricognizione  Predisposizione	Ricognizione entro il 28.02.2013 Predisposizione gare entro il 30/06/2013	10



## UOC SERVIZIO TECNICO

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. INDICATORE	ATTESO	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>CONTENIMENTO DEI COSTI</b>	Attivazione procedure global per manutenzione impianti ed opere edili, ove non presenti	Aggiudicazione procedure di gare: 50% al 30/06/13; 100% al 31/12/13		Semestrale	10
<b>LAVORI EX ART. 20</b>	Completamento lavori P.O. Ribera	Predisposizione stato finale con collaudo al 31/12/2013		Annuale	10
	Completamento lavori CTA Santa Margherita Belice	Aggiudicazione lavori entro il 30/09/2013		Annuale	15
	Completamento lavori P.O. Licata	Realizzazione lavori: 90% dei lavori entro il 31/12/2013		Annuale	15
<b>PO FESR</b>	Completamento procedure per la dotazione ai PP.OO. delle apparecchiature di alta tecnologia	Comunicazione dati all'Assessorato entro il 30/06/2013		Annuale	10
<b>CONSOLIDAMENTO STRUTTURALE P.O. AGRIGENTO</b>	Avvio procedure per adeguamento antisismico del P.O. di Agrigento	Pubblicazione del bando di gara entro il 30/09/2013		Annuale	10





## UOC SERVIZIO FACILITY MANAGEMENT

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>SERVIZI ALBERGHIERI</b>	Monitoraggio Qualità Percepita	Report trimestrali	15/04/2013 15/07/2013 15/10/2013 15/01/2014	5
	Predisposizione Piano Miglioramento qualità percepita	Redazione piano entro il 31/12/2013	Annuale	5
<b>AUTOPARCO</b>	Mappatura parco automezzi e monitoraggio	Report entro il 31/03/2013	31/03/2013	5
	Elaborazione documentazione per acquisizione servizi di manutenzione	Report entro il 31/03/2013	31/03/2013	5
	Avvio gestione autoparco e monitoraggio	n. 2 Report	30.06.2013 31.12.2013	10
<b>SEGNALETICA E TOPONOMASTICA</b>	Redazione capitolato per aggiornamento segnaletica	Report entro il 30/06/2013	30/06/2013	5
	Definizione procedure aggiornamento toponomastica	Proposta entro il 31/12/2013	31/12/2013	5
<b>SERVIZI GIARDINAGGIO</b>	Mappatura Aree a verde	Report entro il 30/06/2013	30/06/2013	5
	Redazione documenti per acquisizione servizi	Report entro il 30/09/2013	30/09/2013	5
	Avvio gestione aree a verde	Report entro il 31/12/2013	31/12/2013	5
<b>ENERGIA GAS ACQUA</b>	Mappatura Utenze e fornitori	Report entro il 30/06/2013	30/06/2013	5
	Monitoraggio consumi	Report trimestrale	15/10/2013 15/01/2014	5
	Individuazione criticità e piano ottimizzazione dei consumi	Report al 31.12.2013	31.12.2013	5



### Coordinatori Amministrativi dei distretti ospedalieri AG 1 e AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>MONITORAGGIO SULLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI DEL DISTRETTO DI COMPETENZA</b>	Valutare, di concerto con il coordinatore sanitario, la corrispondenza delle azioni dei distretti e dei dipartimenti dell'area territoriale agli obiettivi assegnati agli stessi dalla direzione generale	Report trimestrali	31.03.2013 30.06.2013 30.09.2013 31.12.2013	20
<b>PROFICUO UTILIZZO RISORSE UMANE E STRUTTURALI</b>	Proposta per la razionalizzazione delle risorse umane e strutturali assegnate alle strutture afferenti	Relazione al 30/04/2013	30/04/2013	20
<b>RENDERE OMOGENEE EFFICACI ED EFFICIENTI LE PROCEDURE AMMINISTRATIVE DI EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'UTENZA, COMPRESI, L'ACCESSO AGLI ATTI.</b>	Mappatura del complesso delle procedure amministrative . Redazione di regolamenti interni e sviluppo di procedure.	Report  N° 3 regolamenti Entro 30/09/2013	31.03.2013 30.06.2013 30.09.2013 31.12.2013	20
<b>PROMUOVERE IL CONTENIMENTO DI COSTI</b>	Definire il complesso delle economie conseguibili attraverso una reingegnerizzazione dei processi	Relazione	31.05.2013	10



## Coordinatore Amministrativo Area Territoriale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>MONITORAGGIO SULLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI DEL DISTRETTO DI COMPETENZA</b>	Valutare, di concerto con il coordinatore sanitario, la corrispondenza delle azioni dei distretti e dei dipartimenti dell'area territoriale agli obiettivi assegnati agli stessi dalla direzione generale	Report trimestrali	31.03.2013 30.06.2013 30.09.2013 31.12.2013	20
<b>PROFICUO UTILIZZO RISORSE UMANE E STRUTTURALI</b>	Proposta per la razionalizzazione delle risorse umane e strutturali assegnate alle strutture afferenti	Relazione al 30/04/2013	30/04/2013	20
<b>RENDERE OMOGENEE EFFICACI ED EFFICIENTI LE PROCEDURE AMMINISTRATIVE DI EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'UTENZA, COMPRESI, L'ACCESSO AGLI ATTI.</b>	Mappatura del complesso delle procedure amministrative . Redazione di regolamenti interni e sviluppo di procedure.	Report  N° 3 regolamenti Entro 30/09/2013	31.03.2013 30.06.2013 30.09.2013 31.12.2013	20
<b>PROMUOVERE IL CONTENIMENTO DI COSTI</b>	Definire il complesso delle economie conseguibili attraverso una reingegnerizzazione dei processi	Relazione	31.05.2013	10



## 4.b La comunicazione del piano all'interno ed all'esterno

Questa amministrazione intende garantire la massima diffusione di tutta la programmazione ipotizzata, dalla fase della definizione alla successiva traduzione in obiettivi per le singole strutture e per i singoli operatori.

In tal senso la disciplina interna prevede fisiologicamente una conoscenza da parte degli "attori" individuati di tutti i passaggi e per tale ragione sarà attivata una campagna itinerante degli obiettivi di performance anno 2013 così come effettuata nell'anno 2012, in cui saranno direttamente coinvolti la direzione strategica, la UO Pianificazione, programmazione, Controllo Strategico e Controllo di Gestione e la UOC Sviluppo Organizzativo Affari Generali e Risorse Umane per rendere trasparente l'operato dell'Amministrazione nel perseguimento degli obiettivi.

Inoltre, copia del Piano sarà inoltrata al Comitato Consultivo Aziendale per il necessario contributo operativo.



## 5 Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo della performance

### a) Il gruppo di lavoro

La presente sezione è inserita in ossequio a quanto previsto dalla delibera 112 della CIVIT. All'interno della tabella sono indicati i nominativi dei soggetti che hanno partecipato in modo diretto all'elaborazione del Piano, con espressa indicazione del ruolo assunto dagli stessi nel processo di sviluppo.

Nominativo Componente	Ruolo assunto nel processo	Competenze	Posizione nella struttura	
			Interno	Esterno
Salvatore Messina	Commissario Straordinario	Individuazione strategia	X	
Alfredo Zambuto	Direttore Sanitario	Responsabile area sanitaria Validazione sanitaria piano performance	X	
Eugenio Bonanno	Direttore Amministrativo	Responsabile area amministrativa Validazione amministrativa piano performance	X	
Beatrice Salvago	Direttore dipartimento amministrativo	Supporto per redazione piano della performance	X	
Calogero Mistretta	Responsabile UOC Servizio Affari Generali, sviluppo organizzativo e risorse umane	Coordinamento per gestione e verifica piano della performance		
Giuseppe Amico	Coordinatore Staff Direzionale	Supervisione redazione piano della performance	X	
Patrizia Tornabene	Dirigente referente UOS Pianificazione, Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione	Predisposizione obiettivi del piano della Performance	X	
Alfonso Scichilone	Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance	Supporto metodologico ed informativo per le fasi di stesura e verifica del piano della performance	X	



## 5.b) Le azioni di miglioramento previste per il ciclo di gestione della performance

Le azioni per il miglioramento previste sono connaturate al processo stesso, dal momento che la profonda revisione del sistema di responsabilizzazione degli operatori porrà una serie di problematiche che saranno progressivamente affrontate individuando soluzioni pratiche e fornendo utili spunti di riflessione oltre che una crescita professionale connaturata allo strumento del *"learning by doing"*. A tale scopo questa Azienda si prefigge lo scopo di proceduralizzare il ciclo della performance collegando allo stesso tutte le altre procedure aziendali, porre le basi per un sistema di miglioramento continuo della procedura, ampliando sempre più le competenze e gli operatori del gruppo di lavoro individuato nella sezione precedente.

Il principio ispiratore di tutte le migliorie da apportare può tuttavia già essere individuato nella trasparenza che deve permeare ogni modifica da apportare al sistema, tanto che ci si riferisca alla programmazione da seguire, quanto che il riferimento sia alle procedure da utilizzare per garantire la prima.

Alcuni spunti di riflessione nascono infatti dalle criticità rilevata nel corso della stesura del Piano.

In particolare alcune esigenze sono state evidenziate all'interno della sezione dedicata all'illustrazione degli obiettivi ed ai correlativi indicatori in merito alla confrontabilità nel tempo e nello spazio e che costituiscono il primo intervento da apportare al ciclo della performance aziendale.

Ulteriori modifiche ed integrazioni deriveranno dalla individuazione delle risorse da porre in essere, nell'attivazione delle strutture cadenzate nel piano degli obiettivi e nella possibilità di disporre di risorse umane aggiuntive una volta poste in essere le procedure concorsuali.

Essendo tale sezione finalizzata alla descrizione delle procedure da rimodulare in itinere affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e responsabilizzazione, si individuano le seguenti linee di attività da porre in essere per il miglioramento in oggetto:

- **Ulteriore verifica su tutti i regolamenti** posti in essere per controllarne la congruenza rispetto ai principi introdotti dal D.Lgs. 150/09, anche attraverso il coinvolgimento dell'O.I.V.
- **Perfezionamento del Sistema di Valutazione** con un coinvolgimento diretto della Direzione Sanitaria e Amministrativa a monte della valutazione OIV al fine di verificare in una misura idonea a garantire il legame tra ciclo di gestione della performance e processo di budget.
- **Implementazione della Cultura della Performance** Formazione del personale aziendale in ambito di performance al fine di potenziare le conoscenze del valutato e del valutatore in una ottica di valorizzazione delle professionalità aziendali

