



***Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento***

***Piano Triennale della  
Performance  
2014 - 2016***



## Sommario

<b>1 - IL PIANO DELLA PERFORMANCE .....</b>	<b>9</b>
a) Finalità .....	9
b) Contenuti .....	12
c) Principi generali .....	13
d) La riorganizzazione aziendale .....	15
e) Gli obiettivi derivanti dal Piano della Salute 2011 2013 della Regione Siciliana .....	16
f) La Vision aziendale: obiettivi attribuiti alla Direzione e linee di sviluppo della gestione aziendale .....	17
g) La gestione delle risorse umane .....	21
h) La misurazione della performance e gli adempimenti in tema di trasparenza previsti dal decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. ....	21
i) Gli obiettivi derivanti dal decreto legislativo n. 33/2013 .....	22
j) L'amministrazione in cifre .....	23
k) Chi siamo, cosa facciamo come operiamo .....	24
<b>2 - L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO .....</b>	<b>25</b>
a) Punti di forza e debolezza interni, opportunità e minacce interne .....	25
<b>3 - ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELLE RISORSE UMANE .....</b>	<b>27</b>
a) Analisi caratteri quali-quantitativi .....	27
b) Analisi benessere organizzativo .....	27
c) Analisi di genere.....	28
<b>4 - GLI OBIETTIVI INDIVIDUATI E GLI INDICATORI.....</b>	<b>29</b>
a) Il contenuto attuativo per macroarea .....	29
b) Gli obiettivi assegnati al personale dirigente .....	34
<b>Area Ospedaliera.....</b>	<b>35</b>
Obiettivi comuni per tutti i centri di responsabilità di tipo sanitario.....	36



Coordinatori Sanitari Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2.....	38
Direzioni Sanitarie di Presidio (Agrigento - Sciacca - Canicattì-Licata-Ribera) .....	39
<b>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA .....</b>	<b>41</b>
Dipartimento Funzionale Emergenza AG 1 e AG 2 .....	42
UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza PO Agrigento .....	43
UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (Pronto Soccorso) P.O. Sciacca .....	44
UOS Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Canicattì.....	45
UOS Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Licata.....	46
PTE P.O. Ribera.....	47
U.O.C. Cardiologia UTIC PO Agrigento.....	48
U.O.C. Cardiologia UTIC PO Sciacca.....	49
U.O.C. Cardiologia UTIC PO Canicattì .....	50
UOC Emodinamica AG 1.....	51
UOC Emodinamica AG 2.....	52
UOC UTIN PO Agrigento.....	53
Anestesia e Rianimazione AG 1.....	54
Anestesia e Rianimazione AG 2.....	55
Patologia Clinica AG 1 .....	56
Patologia Clinica AG 2.....	57
UOC Medicina Trasfusionale PO Sciacca.....	58
UOC Medicina Trasfusionale Agrigento.....	59
Medicina Trasfusionale PO Canicattì .....	60
<b>DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE RADIOLOGICHE.....</b>	<b>61</b>
Radiodiagnostica AG 1 .....	62
Radiodiagnostica AG 2.....	63



UOC Medicina Nucleare PO Agrigento.....	64
<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA.....</b>	<b>65</b>
Dipartimento Funzionale Emergenza AG 1 e AG 2 .....	66
U.O.C. Cardiologia PO Licata.....	67
U. O.C. Medicina PO Agrigento .....	68
U.O.C. Medicina PO Canicattì.....	69
U.O.C. Medicina PO Sciacca.....	70
U.O.C. Medicina PO Licata.....	71
U.O.C. Medicina PO Ribera.....	72
U.O.C. Nefrologia e Dialisi PO Agrigento.....	73
U.O. Nefrologia e Dialisi PO Sciacca .....	74
U.O.C Pediatria PO Agrigento.....	75
U.O.C Pediatria PO Sciacca .....	76
U.O.C Pediatria PO Canicattì .....	77
U.O.S Pediatria PO Licata.....	78
U.O.C Oncologia PO Agrigento .....	79
U.O.S Oncologia PO Sciacca.....	80
Oncologia PO Canicattì.....	81
<b>DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE E CURE INTERMEDIE .....</b>	<b>83</b>
UOC Medicina Riabilitativa PO Agrigento .....	84
UOS Medicina Riabilitativa PO Licata.....	85
UOS Lungodegenza PO Agrigento.....	86
UOS Lungodegenza PO Canicattì .....	87
UOS SUAP PO Agrigento .....	88
UOS Hospice.....	89



UOC Neurologia PO Agrigento .....	90
<b>Dipartimento Chirurgia AG1</b> <b>Dipartimento Chirurgia AG 2</b> .....	<b>91</b>
U.O.C. Chirurgia Generale PO Agrigento.....	94
U.O.C. Chirurgia Generale PO Sciacca.....	95
U.O.C. Chirurgia Generale PO Canicattì .....	96
U.O.C. Chirurgia Generale PO Licata .....	97
U.O.S. Chirurgia Generale PO Ribera .....	98
U.O.S. Chirurgia Vascolare PO Agrigento .....	99
U.O.C. Urologia PO Agrigento.....	100
U.O.C. Urologia PO Sciacca.....	101
U.O.C. Otorinolaringoiatria PO Agrigento.....	102
U.O.C. Oculistica PO Agrigento .....	103
U.O.C. Oculistica PO Sciacca .....	104
U.O.C Ortopedia e Traumatologia PO Agrigento .....	105
U.O.C Ortopedia e Traumatologia PO Sciacca .....	106
U.O.C Ortopedia e Traumatologia PO Licata.....	107
U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Agrigento -Dipartimento Materno Infantile .....	108
U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Sciacca -Dipartimento Materno Infantile .....	109
U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Canicattì -Dipartimento Materno Infantile.....	110
U.O.S. Ginecologia e Ostetricia PO Licata - Dipartimento Materno Infantile.....	111
<b>AREA TERRITORIALE .....</b>	<b>112</b>
<b>DIPARTIMENTI SANITARI .....</b>	<b>113</b>
<b>DIPARTIMENTO STRUTTURALE DEL FARMACO .....</b>	<b>114</b>
UOC Farmacia Ospedaliera Distretto AG 1 .....	116
UOC Farmacia Ospedaliera Distretto AG 2 .....	117



UOC Area Territoriale del Farmaco .....	118
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....</b>	<b>119</b>
UOC SIAN.....	120
UOC SIAV .....	121
UOC SPRESAL .....	122
UOC Servizio Epidemiologia.....	123
UOC SIA .....	124
UOC Laboratorio Sanità Pubblica.....	125
<b>DIPARTIMENTO .....</b>	<b>126</b>
<b>DIPARTIMENTO Di PREVENZIONE VETERINARIO .....</b>	<b>127</b>
UOC Servizio Sanità Animale.....	128
UOC Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale .....	129
UOC Servizio Igiene Produzione e Commercializzazione Prodotti Lattiero Caseari .....	130
UOC Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche .....	131
<b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE.....</b>	<b>132</b>
<b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE.....</b>	<b>133</b>
UOC Modulo Dipartimentale Sciacca Ribera Bivona .....	134
UOC Modulo Dipartimentale Agrigento Casteltermini .....	135
UOC Modulo Dipartimentale Canicattì Licata .....	136
UOC Servizio Coordinamento Dipendenze Patologiche.....	137
UOC Servizio Malattie Psichiatriche Degenerativo-Involutive .....	138
UOC Servizio Coordinamento NPI .....	139
<b>DISTRETTI SANITARI DI BASE.....</b>	<b>140</b>
Coordinatore Sanitario Area Territoriale .....	141
UOC Assistenza Sanitaria di Base, Ospedalità Privata,Specialistica Medicina Legale e Fiscale Ed Assistenza Integrativa Socio Sanitaria .....	142



Obiettivi comuni per tutti i centri di responsabilità di tipo sanitario-DSB.....	143
UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE AGRIGENTO.....	144
UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE BIVONA .....	145
UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE CANICATTÌ.....	146
UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE CASTELTERMINI.....	147
UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE LICATA.....	148
UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE RIBERA .....	149
UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE SCIACCA.....	150
<b>UNITA' OPERATIVE ALLE DIRETTE DIPENDENZE DEL DIRETTORE GENERALE .....</b>	<b>151</b>
U.O.C. SERVIZIO DI PSICOLOGIA .....	152
UO SORVEGLIANZA SANITARIA- MEDICO COMPETENTE .....	153
UO Legale e Contenzioso .....	154
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE .....	155
<b>STAFF DIREZIONE STRATEGICA .....</b>	<b>156</b>
UO Politiche del Personale .....	157
UO Gestione Attività Libero Professionale Intramuraria e Privacy .....	157
UO Gestione della Qualità.....	158
UO Comunicazione Istituzionale ed Interna.....	159
UO Educazione alla Salute.....	160
U.O. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione .....	161
UO Gestione del Rischio Clinico .....	162
UO Gestione e coordinamento attività di valutazione e controllo DRG e SDO.....	163
<b>AREA AMMINISTRATIVA.....</b>	<b>164</b>
Obiettivi comuni .....	165
per tutti i centri di responsabilità di tipo amministrativo .....	165



<b>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO .....</b>	<b>166</b>
UOC Servizio Affari Generali, Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane .....	167
UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale.....	168
UOC Servizio Provveditorato.....	169
UOC Servizio Tecnico.....	170
UOC Servizio Facility Management.....	171
Coordinatori Amministrativi dei Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2 .....	172
Coordinatore Amministrativo Area Territoriale.....	173
<b>c) La comunicazione del piano all'interno ed all'esterno .....</b>	<b>174</b>
<b>5 IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE .....</b>	<b>175</b>
<b>a) Il gruppo di lavoro.....</b>	<b>175</b>
<b>b) Le azioni di miglioramento previste per il ciclo di gestione della performance.....</b>	<b>176</b>





## 1 - IL PIANO DELLA PERFORMANCE

### a) Finalità

Con il presente aggiornamento al Piano triennale della performance, questa Direzione prosegue l'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 precedenti le prime applicazioni e le prime esperienze di verifica della 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.) oggi Autorità Nazionale Anticorruzione e per la trasparenza delle amministrazioni pubbliche 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 2013-2015 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.



## b) 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.



## **c) 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.



## **d) 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'innumerabile 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) ed eventuale nuova organizzazione derivante dalla rimodulazione della rete ospedaliera regionale.
- 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.

### **e) Gli obiettivi derivanti dal Piano della Salute 2011 2013 della Regione Siciliana**

Per la redazione del presente piano della performance in atto sono state inserite, al fine di soddisfare una coerente logica programmatica 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.

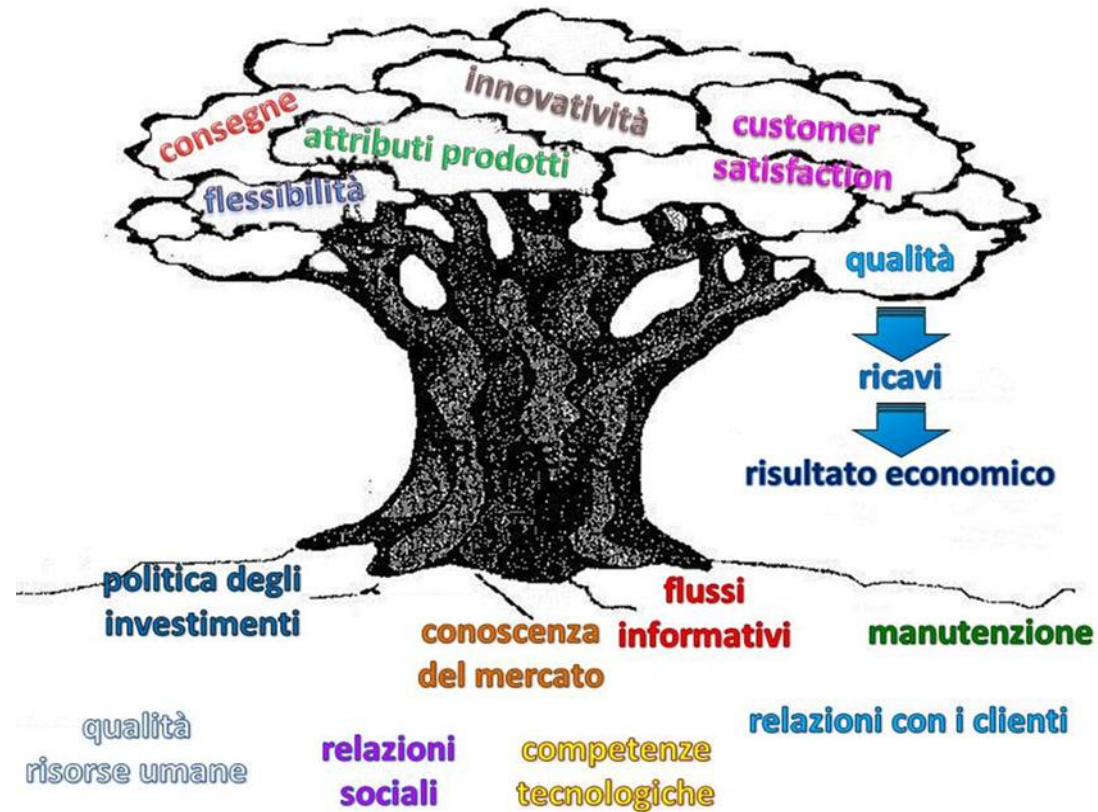
Tale atto costituisce lo strumento di governo delle risposte sanitarie all'attività programmatica regionale ed è stato appositamente concepito in una serie di cronoprogrammi annuali da soddisfare con il supporto tecnico dell'Assessorato e dell'AgeNaS che assistono tutte le aziende del SSR allo sviluppo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





f) 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 scaturenti 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 le definizioni 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 anche alla luce nuove disposizioni in tema di procedimenti stabiliti dal D.Lgs del 14 Marzo 2013 in tema di trasparenza e dalla legge 190 del 06 Novembre 2012 in ambito di prevenzione del rischio di corruzione nella pubblica amministrazione.

Non vi è dubbio che l'attività di tipo amministrativo dovrà essere sempre più monitorizzata e 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



rimedia 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.



### **g) 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.

### **h) La misurazione della performance e gli adempimenti in tema di trasparenza previsti dal decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.**



La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto, negli ultimi mesi, di penetranti interventi normativi. Innanzitutto, il 28 novembre 2012 è entrata in vigore la legge 6 novembre 2012, n. 190, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, che ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione, e ha previsto che le amministrazioni elaborino i Piani triennali di prevenzione della corruzione entro il 31 gennaio. In attuazione della delega contenuta nella legge n. 190/2012 sopra citata, il Governo ha adottato il d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, recante il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” in cui, nel ribadire che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni, è stato evidenziato che essa è finalizzata alla realizzazione di una amministrazione aperta e al servizio del cittadino.

### **i) Gli obiettivi derivanti dal decreto legislativo n. 33/2013**

Come detto il d.lgs. n. 33/2013 è di rilevante impatto sull’intera disciplina della trasparenza.

Tale provvedimento ha complessivamente operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi. Esso è intervenuto sui Programmi triennali per la trasparenza e l’integrità, modificando la disciplina recata dall’art. 11 del d.lgs. n. 150/2009, anche al fine di coordinare i contenuti del Programma con quelli del Piano triennale di prevenzione della corruzione e del Piano della performance. In particolare, sono stati precisati i compiti e le funzioni dei Responsabili della trasparenza e degli OIV e è stata prevista la creazione nei siti istituzionali della sezione “Amministrazione trasparente”, che sostituisce la precedente sezione “Trasparenza, valutazione e merito” prevista dall’art. 11, c. 8, del d.lgs. n. 150/2009. Nello specifico, la nuova sezione viene articolata in sotto-sezioni di primo e di secondo livello corrispondenti a tipologie di dati da pubblicare, come indicato nell’allegato A del d.lgs. n. 33/2013 e nell’allegato 1 della delibera CiVIT n. 50/2013. Infine, il decreto provvede a implementare il sistema dei controlli e delle sanzioni sull’attuazione delle norme in materia di trasparenza.





Sulla scorta dell'elenco degli obblighi di pubblicazione indicati dal d.lgs. n. 33/2013 il presente piano rielabora in termini di obiettivi, distintamente per ciascuna struttura aziendale interessata, individuandone i rispettivi ambiti soggettivi di applicazione aziendale.

### **j) 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.



## k) 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

### a) 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

#### a) 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	

#### b) 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%	

c) 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

### a) Il contenuto attuativo per macroarea

Gli obiettivi operativi per l'anno 2014, 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 precedenti. 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.

Nell'anno 2013 l'Azienda si è dotata di due regolamenti per la valutazione del personale delle Aree Comparto e Dirigenziale : delibera n° 1970 del 02/05/2013 “Regolamento retribuzione di risultato di dirigenza, verifiche e valutazione del personale dirigenziale” , delibera n ° 1883 del 30/04/2013 “ Regolamento per l'erogazione della produttività collettiva -comparto” .

La stesura dei piani operativi fa 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



negoziare il 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 2014 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 compreso tra i mesi di Aprile 2014, Luglio 2014, Ottobre 2014 e Gennaio 2015, 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 2014 (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.



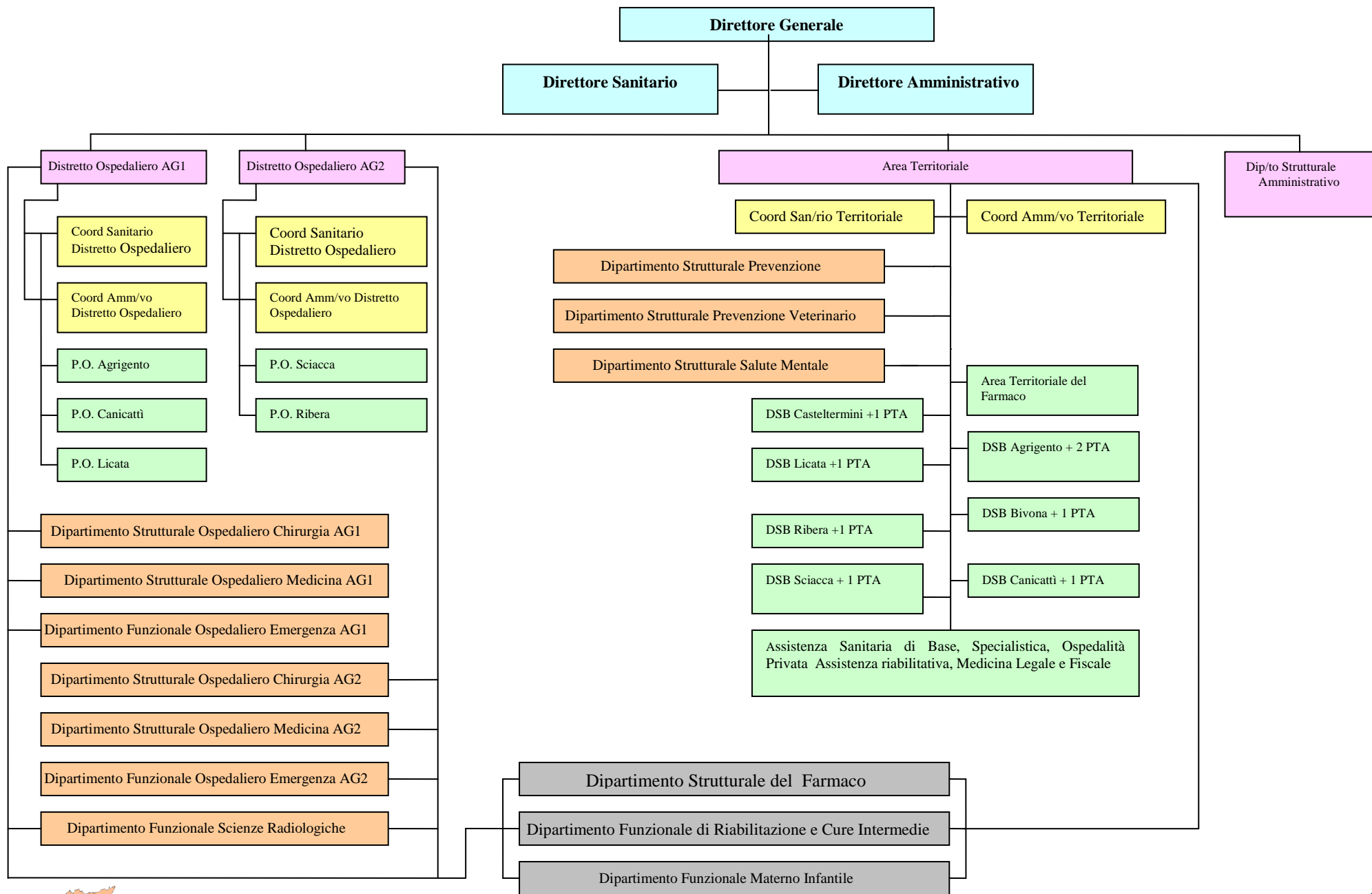
Tali obiettivi di chiarezza e trasparenza sono stati oggetto di ulteriore integrazione sulla base di espressa disciplina assessoriale che impone di evidenziare la tipologia di indicatori da utilizzare per le verifiche, corredando tale indicazione delle necessarie formule di calcolo.

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 di 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.







## **b) 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



# Area Ospedaliera



Obiettivi comuni per tutti i centri di responsabilità di tipo sanitario				
OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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>Puntuale e Tempestiva Trasmissione dei dati della Performace</b>	Trasmissione completa e puntuale dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi di scadenza previsti dalla rispettiva scheda di assegnazione obiettivi.	100% N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere	Trimestrale	5
<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. Utilizzo modulo SILOR per la gestione dei magazzini farmaceutici di reparto.	100% Attestazione del Direttore di UOC di periodico e sistematico scarico e corretto utilizzo del modulo gestionale.	mensile	5
<b>Censimento/Valorizzazione Risorse Umane</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
<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 31.12.2013	5
<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.	Report trimestrale attestante le ore rese in PD/istituzionali/straordinario distinte per nominativo	Trimestrale	5



**AREA  
OSPEDALIERA**

**Coordinatore  
Sanitario Distretto  
Ospedaliero AG 1**

**Coordinatore  
Sanitario Distretto  
Ospedaliero AG 2**

--	--	--	--	--



OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
---------------------	---------------------	------------------------	-----------------------	-----------

### **DIPARTIMENTI OSPEDALIERI AG1**

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

Dipartimento Funzionale Interdistrettuale di Scienze Radiologiche

### **DIPARTIMENTI OSPEDALIERI AG 2**

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

*Coordinatori Sanitari Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2*



<b>PAA 2013 Obiettivi AGENAS 2013</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2014 (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	31.03.2014	<b>25</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 DS 2014 > 10 % del N° attività DS DH DS su 2013	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 2014	<b>5</b>
		Stato di avanzamento lavori	30 06 2014	
		Attivazione SovraCup	31 12 2014	

***Direzioni Sanitarie di Presidio (Agrigento - Sciacca - Canicattì-Licata-Ribera)***

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
---------------------	---------------------	------------------------	--------------------	--------



<b>PAA - Obiettivi AGENAS</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2014 (Obiettivi Agenas) per l'area ospedaliera:  -Monitoraggio dimissioni facilitate presso i PP.OO. dell'ASP -Monitoraggio obiettivi operativi misurabili per il tramite di tre indicatori di esito previsti nel piano nazionale esiti PNE ed eventuali azioni correttive: Tempestività interventi a seguito di frattura di femore >65 Riduzione incidenza parti cesari Tempestività effettuazione P.T.C.A.	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo/Ob Agenas -Monitoraggio mensile + eventuali azioni correttive -Monitoraggio mensile + eventuali azioni correttive ≥ 50% ≤ 20% ≥ 75%	Trimestrale  Report trimestrali	<b>10</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 31 12 2014	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 2014) Report	Trimestrale	<b>10</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>
	Monitoraggio utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	Monitoraggio mensile + eventuali azioni correttive	Report trimestrale	<b>5</b>
	Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento( <b>implementazione STU-Scheda terapia Unica, trasporto secondario, implementazione completezza cartella clinica rispetto standard ACC 3.2.1.)</b>	N° 3 atti 100%	Trimestrale	<b>5</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 Trasfusionale</b>	<b>Medicina Trasfusionale</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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014/ 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>25</b>



*UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza PO Agrigento*

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL.ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<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>5</b>
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</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>5</b>



*UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (Pronto Soccorso) P.O. Sciacca*

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL.ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<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	5
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	Monitoraggio mensile + eventuali azioni correttive	Report 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	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	5

*UOS Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Canicatti*

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL.ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<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	10
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</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	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	5

*UOS Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Licata*

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL.ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<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>5</b>
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</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>15</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>15</b>

PTE P.O. Ribera

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VALATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Andamento temporale dei volumi di prestazioni	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	Report	Trimestrale	20
Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo accesso	Report	Trimestrale	20
Miglioramento della performance organizzativa	Rispetto dei percorsi assistenziali in Emergenza secondo D.A. Allineamento sperimentale alle procedure secondo Standard Joint Commission	N° 4 audit 100%	Trimestrale	20
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	5



**U.O.C. Cardiologia UTIC PO Agrigento**

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	15
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2014. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		5
<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 2014</b>	Secondo Cronoprogramma Aziendale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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	5
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		





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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	15
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
		Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE		
<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 2014</b>	Secondo Cronoprogramma Aziendale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 Report trimestrale	Trimestrale	15
<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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



**U.O.C. Cardiologia UTIC PO Canicattì**

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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%	Report trimestrale	15
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° Prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		5
<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 2014</b>	Secondo Cronoprogramma Aziendale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 Report trimestrale	Trimestrale	15
<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 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## UOC Emodinamica AG 1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	10



## UOC Emodinamica AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	10



## UOC UTIN PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	15
<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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014 Obiettivi AGENAS 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2014 (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 i 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	5
<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	5
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>



## Anestesia e Rianimazione AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014 Obiettivi AGENAS 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 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 i 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	5
<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	5
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>



## Patologia Clinica AG 1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>Mantenimento dell'offerta</b>	Ottimizzazione dei tempi di esecuzione degli esami. Mantenimento della offerta per gli utenti esterni pari ai target raggiunti nel 2013.	Mantenimento prestazione per esterni pari ai target resi nel 2013	Trimestrale	10
<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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>Mantenimento dell'offerta</b>	Ottimizzazione dei tempi di esecuzione degli esami. Mantenimento della offerta per gli utenti esterni pari ai target raggiunti nel 2013.	Mantenimento prestazione per esterni pari ai target resi nel 2013	Trimestrale	10
<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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014/ 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	5
<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 Canicattì)	N° 3 eventi in <i>house</i> + 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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014</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	10
<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 Esecuzione di almeno 25 procedure di afresi	Entro il 31 12 2014	10
<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 Canicatti

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014</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	10
<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 Esecuzione di almeno 10 procedure di aferesi	Entro il 31 12 2014	10
<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



# DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE RADIOLOGICHE

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

## DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE RADIOLOGICHE

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014/ 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>35</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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Implementazione dei Progetti TELETAC* SETT (ove attivati)	Sviluppo delle rete virtuale attraverso il consulto in first opinion(Telemedicina)	Registro d'area	Trimestrale	10
Avvio Risonanze Magnetiche dei PP OO Canicattì e Agrigento	Avvio RM Canicattì	N° RM erogate	30 04 2014	10
	Avvio RM Agrigento	N° RM erogate	31 12 2014	
Screening Mammografico	Messa a regime della rete integrata screening mammografico	N° mammografie 2014 secondo cronoprogramma N° ecografie mammarie secondo cronoprogramma	Trimestrale	10
Monitoraggio dell'andamento temporale dei 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 secondo normativa	Report trimestrale	Trimestrale	10
Monitoraggio temporale del costo per prestazione (ribaltamento dei costi)	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo medio per prestazione(Ribaltamento dei costi)	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	5

## Radiodiagnostica AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Implementazione dei Progetti TELETAC* SETT (ove attivati)	Sviluppo delle rete virtuale attraverso il consulto in first opinion(Telemedicina)	Registro d'area	Trimestrale	15
Screening Mammografico	Messa a regime della rete integrata screening mammografico	N° mammografie 2014 secondo cronoprogramma N° ecografie mammarie secondo cronoprogramma	Trimestrale	15
Monitoraggio dell'andamento temporale dei 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 secondo normativa	Report trimestrale	Trimestrale	10
Monitoraggio temporale del costo per prestazione (ribaltamento dei costi)	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo medio per prestazione(Ribaltamento dei costi)	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	5

## UOC Medicina Nucleare PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Ottimizzazione dell' offerta diagnostica	Ottimizzazione tempi di esecuzione degli esami finalizzato al potenziamento della offerta implementando l'integrazione dipartimentale.	Mantenimento Standard di prestazioni nel 2013	Trimestrale	10
Screening Mammario	Ricerca Linfonodi Sentinella	N° esami eseguiti nel 2014 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	15





# DIPARTIMENTO DI MEDICINA

AG1	AG2
UOC Medicina interna PO Agrigento	UOC Medicina interna PO Sciacca
UOC Medicina interna PO Canicattì	UOC Medicina interna PO Ribera
UOC Medicina interna PO Licata	UOC Pediatria PO Sciacca
UOC Pediatria PO Agrigento	UO Nefrologia e Dialisi PO Sciacca
UOC Pediatria PO Canicattì	UOS Oncologia PO Sciacca
UOC Cardiologia Licata	
UOC Nefrologia e Dialisi PO Agrigento	
UOC Oncologia PO Agrigento	
UO Oncologia PO Canicattì	



## Dipartimento Funzionale Emergenza AG 1 e AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014/ 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>35</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*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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%	Report 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		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		5
<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 2014</b>	Secondo Cronoprogramma Aziendale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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	5
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



U. O.C. Medicina PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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>20</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 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<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 2014 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.C. Medicina PO Canicattì*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
		Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale
<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	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni di pertinenza previste dal PAA 2014</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.C. Medicina PO Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 (> 2014 rispetto al 2013)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
		Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale
<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	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.C. Medicina PO Licata*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
		Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale
<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		10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report 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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.C. Medicina PO Ribera*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
<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	Deliberazione N° casi Trattati Registro per Patologia	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014</b> <b>Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		





*U.O.C. Nefrologia e Dialisi PO Agrigento*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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%	<b>Trimestrale</b>	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
<b>RETE NEFROPLOGICA</b> <b>Redazione LLGG e PDTA Pazienti Nefropatici e Trapiantati</b>	Redazione Regolamento e Procedure	Deliberazione	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O. Nefrologia e Dialisi PO Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
<b>RETE NEFROLOGICA Redazione LLGG e PDTA Pazienti Nefropatici e Trapiantati</b>	Redazione Regolamento e Procedure	Deliberazione	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	Trimestrale	<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)	Trimestrale	<b>20</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.C Pediatria PO Agrigento*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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%	<b>Trimestrale</b>	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<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 Diabete</b> <b>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 2014 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.C Pediatria PO Sciacca*

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
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%	<b>Trimestrale</b>	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	f. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
RETE MATERNO INFANTILE Auxologia Allattamento al seno Ipoacusia Cardiopatie Congenite Malattie Rare Fibrosi Cistica Diabete Celiachia Autismo Dislessia	Secondo cronoprogramma Aziendale	Report	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera	Secondo Cronoprogramma Aziendale	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2013 Report trimestrale	<b>Trimestrale</b>	<b>10</b>
Riduzione Spesa Farmaceutica Ospedaliera	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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.C Pediatria PO Canicattì*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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%	<b>Trimestrale</b>	<b>20</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 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 (> 2014 rispetto al 2013)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<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 Diabete</b> <b>Celiachia Autismo</b> <b>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 2014 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>20</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.S Pediatria PO Licata*

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<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 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<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 2014 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.C Oncologia PO Agrigento*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>Bed Management</b> <b>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	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 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
		Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale
<b>RETE ONCOLOGICA</b> <b>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 2014 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.S Oncologia PO Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>Bed Management</b> <b>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	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 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>RETE ONCOLOGICA</b> <b>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 2014 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		





*Oncologia PO Canicattì*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>Bed Management</b> <b>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	20
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG Medicii / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	5
<b>RETE ONCOLOGICA</b> <b>Screenig Oncologico Breast Unit</b>	Secondo cronoprogramma aziendale Isituzione e Regolamentazione BREAST UNIT	Report Atto deliberativo	Trimestrale	10
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 Capitolo 3 Assistenza Ospedaliera</b>	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2014 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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



## Dipartimento Riabilitazione e Cure intermedie



## DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE E CURE INTERMEDIE

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014/ 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>35</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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>Attivazione dei PL riabilitazione Definizione dei percorsi operativi ed integrazione ospedale territorio</b>	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA) 2014	Secondo cronoprogramma PAA	Trimestrale	10
<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. <b>Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non &lt; 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)</b>	<b>80-90% 150%</b>		10
	b. <b>Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2012 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali</b>	<b>N° prest. Amb esterne 2014 =&gt; N° prest. Amb esterne 2013. Fonte Dati Flusso C</b>		10
	c. <b>Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.</b>	<b>0-4%</b>		10
	d. <b>Scheda Dimissioni Facilitate e Protette</b> e. <b>Implementazione Cartella Clinica Informatizzata</b> f. <b>Implementazione Scheda Unica di Terapia</b>	<b>&gt; 50 % rispetto al 2013</b> N.STU= N. Cartelle Cliniche		10
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>



## UOS Medicina Riabilitativa PO Licata

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>Attivazione sperimentale dei PL riabilitazione Definizione dei percorsi operativi ed integrazione ospedale territorio</b>	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA)	Secondo cronoprogramma PAA	Trimestrale	10
<b>Rete per la prevenzione della diagnosi cura e riabilitazione dell'osteoporosi</b>	Centro spoke 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. <b>Garantire una ottimale occupazione posti letto (RO non &lt; 80-90 % DH /DS pari a 150%)(relazionati anche ai D. serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivate)</b>	<b>80-90% 150%</b>		10
	b. <b>Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali</b>	<b>N° prest. Amb esterne 2014 =&gt; N° prest. Amb esterne 2013. Fonte Dati Flusso C</b>		10
	c. <b>Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.</b>	<b>0-4%</b>		10
	d. <b>Scheda Dimissioni Facilitate e Protette</b> e. <b>Implementazione Cartella Clinica Informatizzata</b> f. <b>Implementazione Scheda Unica di Terapia</b>	<b>&gt; 50 % rispetto al 2013</b> N.STU= N. Cartelle Cliniche		10
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>



## UOS Lungodegenza PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	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 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013 N.STU= N. Cartelle Cliniche		20
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>



## UOS Lungodegenza PO Canicatti

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	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%	Trimestrale	10
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2013 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013 N.STU= N. Cartelle Cliniche		20
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>



## UOS SUAP PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	15
<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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2013 Obiettivi AGENAS 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2014 (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 2013</b>	Potenziamento ambulatorio Spoke	>5% 2013	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		10
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>

## UOC Neurologia PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>Attivazione dei PL neurologia Definizione dei percorsi operativi ed integrazione ospedale territorio</b>	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA)	Secondo cronoprogramma PAA		10
<b>Mantenimento delle prestazioni ambulatoriali ai valori resi nel 2013</b>	Mantenimento ambulatori	= 2013		5
<b>Ottimale occupazione posti letto in DH</b>	Mantenimento indice occupazionale al 150% (+ o meno - 20% a seguito attivazione PL)	150%		5
<b>Garantire l'appropriatezza dei ricoveri (DRG-LEA)</b>	Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri L'indice di inappropriata 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) e. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata f. Implementazione Scheda Unica di Terapia	N° pazienti in carico		10
		N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>

## Dipartimento Chirurgia AG1

## Dipartimento Chirurgia AG 2

<b>UOC Chirurgia Generale P.O. Agrigento</b>	
<b>UOC Chirurgia Generale P.O. Canicattì</b>	
<b>UOC Chirurgia Generale P.O. Licata</b>	<b>UOC Chirurgia Generale P.O. Sciacca</b>
<b>UOC Chirurgia Vascolare P.O. Agrigento</b>	<b>UOC Urologia P.O. Sciacca</b>
<b>UOC Urologia P.O. Agrigento</b>	<b>UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Sciacca</b>
<b>UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Agrigento</b>	<b>UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Sciacca</b>
<b>UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Licata</b>	<b>UOC Oculistica P.O. Sciacca</b>
<b>UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Agrigento</b>	
<b>UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Canicattì</b>	
<b>UOC Oculistica P.O. Agrigento</b>	
<b>UOC Otorinolaringoiatria P.O. Agrigento</b>	



## 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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014/ 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>25</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 Inseadimento del Comitato di Dipartimento	Audit mensile del Comitato di Dipartimento + Report Trimestrale	Trimestrale	<b>10</b>



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Screening Oncologici</b>	Garantire una fattiva collaborazione per la prevenzione dei tumori del COLON e dei tumori mammari	N° colonscopie 2014/ N° colonscopie 2013>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 2014</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 2014	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 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Screening Oncologici</b>	Garantire una fattiva collaborazione per la prevenzione dei tumori del COLON e dei tumori mammari	N° colonscopie 2014/ N° colonscopie 2013>20% Biopsia Linfonodi Sentinella/N° pazienti screenate N° quadrantectomie/ N. pazienti positive al K	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014	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 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.C. Chirurgia Generale PO Canicatti*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Screening Oncologici</b>	Garantire una fattiva collaborazione per la prevenzione dei tumori del COLON e dei tumori mammari	N° colonscopie 2014/ N° colonscopie 2013>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 2014</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 2014	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 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		





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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014rispetto al 2013)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Screening Oncologici</b>	Garantire una fattiva collaborazione per la prevenzione dei tumori del COLON e dei tumori mammari	N° colonscopie 2014/ N° colonscopie 2013>20% Biopsia Linfonodi Sentinella/N° pazienti screenate N° quadrantectomie/ N. pazienti positive al K	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014	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 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014rispetto al 2013)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Screening Oncologici</b>	Garantire una fattiva collaborazione per la prevenzione dei tumori del COLON e dei tumori mammari	N° colonscopie 2014/ N° colonscopie 2013>20% Biopsia Linfonodi Sentinella/N° pazienti screenate N° quadrantectomie/ N. pazienti positive al K	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014	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 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	<b>20</b>
	b. Potenziamento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 > 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014	Trimestrale	<b>20</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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



**U.O.C. Urologia PO Agrigento**

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<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	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG > 2014 rispetto al 2013		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014 Report trimestrale	Trimestrale	<b>20</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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



**U.O.C. Urologia PO Sciacca**

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014=> N° prest. Amb esterne 2013 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG > 2014 rispetto al 2013		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014 Report trimestrale	Trimestrale	<b>20</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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



**U.O.C. Otorinolaringoiatria PO Agrigento**

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<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	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013 con eventuali aggiustamenti secondo standard regionali	N° prest. Amb esterne 2014 => 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG > 2014 rispetto al 2013		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014 Report trimestrale	Trimestrale	<b>20</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 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



*U.O.C. Oculistica PO Agrigento*

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<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	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Peso medio DRG pari allo 0,83%	0,83%		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014 Report trimestrale	Trimestrale	<b>20</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)	Trimestrale	<b>20</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		

*U.O.C. Oculistica PO Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Peso medio DRG pari allo 0,83%	0,83%		
	f. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	g. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	h. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014 Report trimestrale	Trimestrale	<b>20</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)	Trimestrale	<b>20</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		





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

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<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	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013	N° prest. Amb esterne 2014 => 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<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	<b>20</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014 Report trimestrale	Trimestrale	<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)	Trimestrale	<b>10</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		

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

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<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	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013	N° prest. Amb esterne 2014=> N° prest. Amb esterne 2013 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<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	<b>20</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014 Report trimestrale	Trimestrale	<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)	Trimestrale	<b>10</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		

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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	<b>20</b>
	b. Mantenimento dell'offerta ambulatoriale per utenti esterni pari a quella resa nel 2013	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013 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 2013	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2014 rispetto al 2013)		
	e. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	<b>5</b>
<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	<b>20</b>
<b>Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza previste dal PAA 2014</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	<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)	Trimestrale	<b>10</b>
	b. Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014 > 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFIC A	PESO %
<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 2013	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Utilizzo Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	5
<b>Implementazione Attività Dipartimento Materno Infantile:</b> <b>Tutela della maternità e promozione del percorso nascita</b>	Quaderni della Gravidanza	Diffusione-Utilizzo 100%	Trimestrale	10
	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 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 2014</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 2014 Report trimestrale	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	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*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFIC A	PESO %
<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 2013	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Utilizzo Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	5
<b>Implementazione Attività Dipartimento Materno Infantile:</b> <b>Tutela della maternità e promozione del percorso nascita</b>	Quaderni della Gravidanza	Diffusione-Utilizzo 100%	Trimestrale	10
	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 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 2014</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 2014 Report trimestrale	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	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 Canicattì -Dipartimento Materno Infantile*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFIC A	PESO %
<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 2013	N° prest. Amb esterne 2014 => N° prest. Amb esterne 2013. 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		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	5
<b>Implementazione Attività Dipartimento Materno Infantile:</b> <b>Tutela della maternità e promozione del percorso nascita</b>	Quaderni della Gravidanza	Diffusione-Utilizzo 100%	Trimestrale	10
	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 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%. N. 12 Collegamenti Web Site PNE	Trimestrale	15
	Assicurare il costante collegamento al Web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)			
<b>Implementazione e realizzazione di tutte di pertinenza previste dal PAA 2014</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 2014 Report trimestrale	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	10
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



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

OBBIETTIVO AZIENDALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFIC A	PESO %
<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 2014 => N° prest. Amb esterne 2013.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 2013		
	f. Implementazione Cartella Clinica Informatizzata	100%		
	g. Implementazione Utilizzo Scheda Unica di Terapia (STU)	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede	Report trimestrale	5
<b>Implementazione Attività Dipartimento Materno Infantile:</b> <b>Tutela della maternità e promozione del percorso nascita</b>	Quaderni della Gravidanza	Diffusione-Utilizzo 100%	Trimestrale	10
	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 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
<b>Implementazione e realizzazione di tutte di pertinenza previste dal PAA 2014</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	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	10
	Prescrizione per principio attivo potenziando il consumo dei generici e l'appropriatezza prescrittiva	N° generici consumati nel 2014> 5% rispetto al N° dei generici consumati nel 2013 con riduzione della spesa farmaceutica di reparto pari al 5 %		



# AREA TERRITORIALE

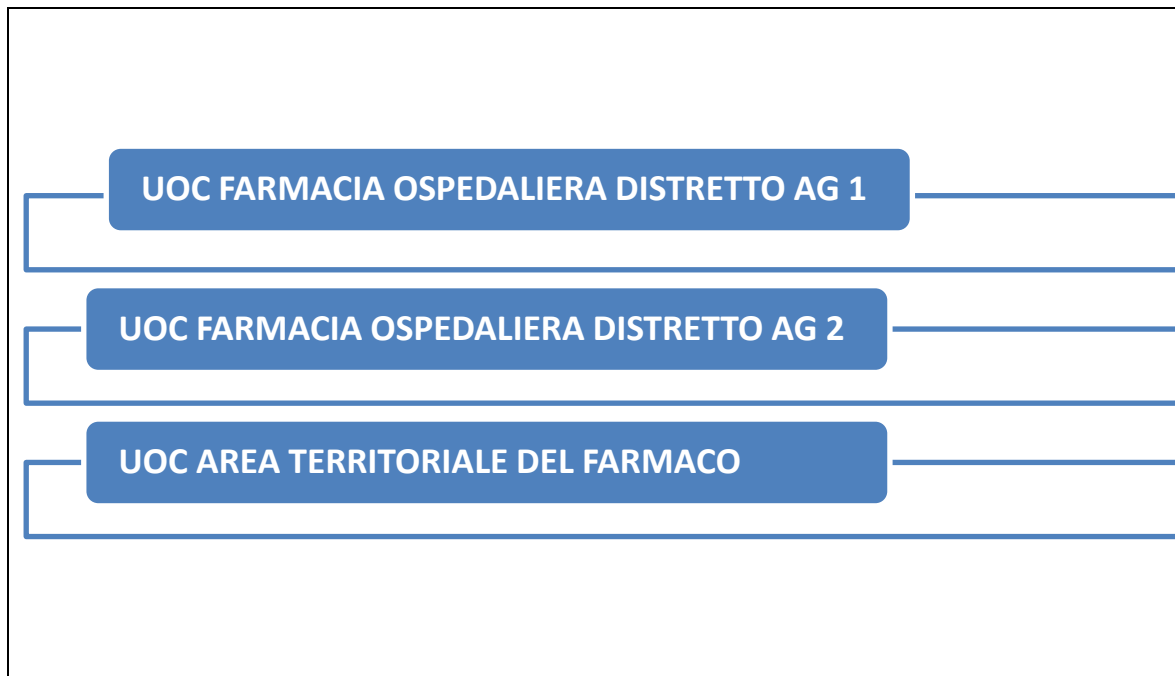




## DIPARTIMENTI SANITARI



## DIPARTIMENTO STRUTTURALE DEL FARMACO



## DIPARTIMENTO DEL FARMACO

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PAA 2014/ 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	<b>35</b>
Prontuario Terapeutico Unico Ospedaliero/Territoriale Provinciale	Redazione Prontuario Unico selezionando i principi attivi inclusi nel prontuario terapeutico regionale	Insediate Commissioni Terapeutiche entro il 31.12.2013 Redazione prontuario entro il 30 06 2014 Previa acquisizione linee guida emanate dalle commissioni per l'appropriatezza prescrittiva	Trimestrale	<b>15</b>
		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	<b>20</b>
		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 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014	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 mantenimento rispetto al 2013 delle attività di Farmacovigilanza e Dispositivo vigilanza in ambito ospedaliero	N. segnalazioni spontanee ADRs 2014 > N. segnalazioni spontanee 2013	Trimestrale	10
		Promozione Dispositivo vigilanza		
<b>MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA (Farmaci e Dispositivi Medici)</b>	Attivare monitoraggio della spesa farmaceutica "ospedaliera" (farmaci e dispositivi) ponendo eventuali azioni correttive ed eventualmente implementando il consumo dei generici con un costante monitoraggio tramite reporting trimestrale da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O. Programmazione e Controllo di Gestione.	Trasmissione report consumi e spesa farmaceutica ospedaliera( Farmaci e Dispositivi medici	Trimestrale	20
	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 31.12.2014 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	



## UOC Farmacia Ospedaliera Distretto AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014	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 2014 > N. segnalazioni spontanee 2013	Trimestrale	10
		Promozione Dispositivovigilanza		
<b>RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA (Farmaci e Dispositivi Medici)</b>	Attivare monitoraggio della spesa farmaceutica "ospedaliera" (farmaci e dispositivi) ponendo eventuali azioni correttive ed eventualmente implementando il consumo dei generici con un costante monitoraggio tramite reporting trimestrale da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O. Programmazione e Controllo di Gestione.	Trasmissione report consumi e spesa farmaceutica ospedaliera (Farmaci e Dispositivi medici)	Trimestrale	20
	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	



*UOC Area Territoriale del Farmaco*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFIC A	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni	Trimestrale	10
<b>MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA e APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA</b>	Costante monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici media/ab aziendali e distrettuali. Individuazione categorie terapeutiche responsabili dell'eventuale aumento di spesa	2014 Report Mensile Spesa pro capite 2014	Mensile	20
	Puntuale liquidazione delle farmacie convenzionate	Assenza Decreti Ingiuntivi	trimestrale	
	Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche rapportate ai valori medi nazionali espressi in DDD/100 abitanti ( progetto SPERA)	Report trimestrali trasmessi ai Distretti ed alla Direzione Strategica Aziendale		
	Attività formativa nei distretti.	N.7 Eventi Formativi	Semestrale	
<b>VIGILANZA FARMACIE PARAFARMACIE, DEPOSITI CASE DI CURA ACCREDITATE</b>	Assicurare secondo la normativa vigente la Vigilanza ordinaria sulle Farmacie , Parafarmacie , Depositi e Case di Cura della provincia ivi compresa la vigilanza sugli stupefacenti attività di constatazione, verbalizzazione ed affidamento in custodia alle predette strutture	Non < 65 verbali i di Vigilanza ordinaria sottoscritti dalla Commissione Ispettiva e/o dai Funzionari incaricati	Semestrale	20
	Attivare il registro informatico dei direttori, sostituti, praticanti e collaboratori di farmacia secondo normativa	Implementazione ed aggiornamento Registro informatico dei dati e relazione semestrale e a consuntivo copia Registro entro il 31 12 2014		
<b>MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE (Farmaci e Dispositivi Medici)</b>	Costante monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale e Distrettuale , farmaci e Dispositivi medici tramite report trimestrali da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O.S. Programmazione e Controllo di Gestione.	Report consumi e Spesa Farmaceutica ( farmaci e dispositivi medici) territoriale 2014	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	Stagionale	



## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014/ 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	≥80% 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 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	<b>30</b>
		N° I Open Day		
		N° I Opuscolo di Dipartimento		

## UOC SIAN

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /Azioni previste dal PAA 2014	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>	Controllo materiali destinati al contatto con gli alimenti presso produttori grossisti ed utilizzatori	N° controlli eseguiti 2014/N° N° controlli programmati Non ≤ 30 controlli	Trimestrale	<b>30</b>
	ATTIVITA' MINIMA DI AUDIT SUGLI OSA	N° 10 audit		
<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 4 report 100%	Trimestrale	<b>10</b>





## UOC SIAV

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</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 2014/N° campionamenti effettuati 2013 > 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 Strutture socio - assistenziali Bonifica amianto Studi e ambulatori odontoiatrici Realizzazione di opere pubbliche 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 Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014	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 2014 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	10
	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	
<b>TU 81/08</b>	Implementazione delle attività di assistenza, informazione e formazione	Numero ore di attività erogate per assistenza, informazione e Formazione 2014 > del 30% del Numero ore di attività erogate per assistenza, informazione e formazione 2013 N 4 report	Trimestrale	10



OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014 Completamento Azioni PAA 2013	N. azioni completate / N. azioni previste dai Piani attuativi non < 80% azioni	Trimestrale	15
<b>APPLICAZIONE PIANO REGIONALE VACCINI</b>	Vaccinazioni obbligatorie entro i 24 mesi di vita: 3 cicli completi n. soggetti vaccinati / popolazione terget residente: ≥ 95% Vaccinazione MPR: entro i 24 mesi di vita: 3 cicli completi n. soggetti vaccinati / popolazione terget residente: ≥ 95%	n. soggetti vaccinati / popolazione terget residente: ≥ 95%	Trimestrale	15
<b>SCREENING</b>	Promozione Screening: Mammella inviti 75% adesione 40% K colon: inviti 70% adesione 25% Cervico carcinoma: inviti 90% adesione 35% Obiettivi rimodulati dalla circolare assessoriale n.1308 del 30.10.13.	N 4 report	Trimestrale	15
<b>ANALISI MOBILITÀ PASSIVA</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 E COMPLETAMENTO LINEE PSN PREVENZIONE</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 Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014(accreditamento)	N. azioni completate / N. azioni previste dai Piani attuativi non < 80% azioni	Trimestrale	30
<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% 2013	Trimestrale	20
		N. verifiche app. sollevamento effettuate / N. verifiche app. sollevamento richieste > 10% 2013	Trimestrale	20



OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014	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
ASSICURARE L'ECCELLENZA NELLE STRUTTURE LABORATORISTICHE REGIONALI	Adesione circuiti interlaboratorio presso Centri Accreditati.	Raggiungere la formazione obbligatoria	Trimestrale	20
ACCREDITAMENTO	Mantenimento accreditamento LSP UNI EN ISO IEC 17025: 2005	Revisione e/o implementazione documenti	Annuale	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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VALATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014/ 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 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	<b>30</b>
		N° I Open Day		
		N° I Opuscolo di Dipartimento		



## UOC Servizio Sanità Animale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /azioni previste dal PAA 2014	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: con-trolli nel 5% delle aziende censiti in BDN a) Chek-list equini: controlli nel 5% delle aziende censiti in BDN a) Chek-list suini: controlli nel 1% delle aziende censiti in BDN	Quadrimestrale	30
<b>Attuazione Linee vigente PRP 2012 - 2014</b>	Completare le attività inerenti la linea relativa alla riduzione della prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali	Redazione e consegna di un report sulle zoonosi diagnostiche nelle popolazioni animali e raffronto con le zoonosi umane denunciate	Annuale	10





*UOC Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /azioni previste dal PAA 2014	<b>N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano Attuativo = non &lt; 80% azioni</b>	Trimestrale	<b>30</b>
<b>PRIS 2012-2014 Consolidamento dei Monitoraggi Incremento dell'Attività di Controllo nell'Area Alimenti Origine Animale</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.	<b>N° campionamenti Effettuati 2014/ N° campionamenti previsti nel PRIS 2014 = 100%</b>	Trimestrale	<b>30</b>
	<b>ATTIVITA ISPETTIVA STABILIMENTI RICONOSCIUTI</b> secondo i livelli di rischio	<b>Alto</b> Ogni 2 mesi <b>Medio</b> Ogni 4 mesi <b>Basso</b> 2 volte l'anno		
	<b>ATTIVITA' MINIMA DI AUDIT SUGLI OSA</b>	N° 8 audit stabilimenti CE N° 5 audit stabilimenti DIA		
<b>Attuazione Allerte nei tempi prescritti</b>	<b>ATTIVARE</b> e completare tutte le allerte nei tempi prescritti dalla vigente procedura	<b>N I report Trimestrale 100% allerte</b>	Trimestrale	<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 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /azioni previste dal PAA 2014	<b>N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano Attuativo = non &lt; 80% azioni</b>	Trimestrale	<b>30</b>
<b>PRIS 2012-2014 Consolidamento dei Monitoraggi Incremento dell'Attività di Controllo nell'Area Alimenti Origine Animale</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.	<b>N° campionamenti Effettuati 2014/ N° campionamenti previsti nel PRIS 2014 = 100%</b>	Trimestrale	<b>30</b>
	<b>ATTIVITA ISPETTIVA STABILIMENTI RICONOSCIUTI</b> secondo i livelli di rischio	<b>Alto</b> Ogni 2 mesi <b>Medio</b> Ogni 4 mesi <b>Basso</b> 2 volte l'anno		
	<b>ATTIVITA' MINIMA DI AUDIT SUGLI OSA</b>	N° 18 audit stabilimenti CE		
<b>Attuazione Allerte nei tempi prescritti</b>	<b>ATTIVARE</b> e completare tutte le allerte nei tempi prescritti dalla vigente procedura	<b>N I report Trimestrale 100% allerte</b>	Trimestrale	<b>10</b>



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le Attività /azioni previste dal PAA 2014	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano Attuativo = non < 80% azioni	Trimestrale	30
<b>PIANO NAZIONALE RESIDUI E PIANO ALIMENTAZIONE ANIMALE 2014</b>	Effettuazione di tutte le attività di campionamento previsti nel PNR e PAA 2014	N° campionamenti PNR e PAA Effettuati 2014/ N° campionamenti previsti nel PNR e PAA 2014 = 100%	Trimestrale	30
<b>ATTUAZIONE PIANO NAZIONALE BENESSERE NAZIONALE</b>	Effettuazione sopraluoghi in almeno 300 allevamenti con compilazione di specifiche check list previste nel Piano Nazionale Benessere Animale e caricamento dati nel sistema informativo veterinario nazionale	N I report Annuale	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 RISULTATI	PESO %
PAA 2014/ 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 Modulo Dipartimentale Sciacca Ribera Bivona*

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL.ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014 Completamento Azioni PAA 2013	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.2014/ TSO.2013=>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>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL.ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014 Completamento Azioni PAA 2013	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.2014/ TSO.2013=>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*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014 Completamento Azioni PAA 2013	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.2014/ TSO.2013=>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*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014 Completamento Azioni PAA 2013	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*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014 Completamento Azioni PAA 2013	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*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014 Completamento Azioni PAA 2013	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



Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento- **Piano della Performance 2014 - 2016**

Tel. 0922 407111 Fax 0922 401229

P.IVA e C.F. 02570930848

## Coordinatore Sanitario Area Territoriale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014 Obiettivi AGENAS 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA 2014 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 Appropriatazza 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	



OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	Valore Atteso Indicatore	Rilevazione	PESO %
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014 e Agenas</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni	Trimestrale	<b>25</b>
<b>PPI -P</b>	Completamento attivazione PPI PP nei distretti sprovvisti <b>Subordinato alle istanze di partecipazione dei PLS</b>	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	<b>20</b>
<b>RETE SPECIALISTICA POLIAMBULATORIALE E Convenzionamento Esterno e Continuità Assistenziale</b>	Programmazione FABBISOGNO SPECIALISTICO Anno 2014 Integrazione Rete CUP Convenzionamento Esterno-Urgenti(Sperimentale) Sperimentazione CARTELLA CLINICA Informatizzata Poliambulatoriale (CCI-Po) Attivazione procedure Rete delle Guardie Mediche (rete IMA e E/U)	Attivazione prozedure 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 specialistica /ora e ove necessario calcolare la media ponderata. Controlli specialistica convenzionata ambulatoriale interna in ordine a: accessi, prestazioni rendicontate e quelle effettuate, rispetto 'orario etc.	N 4 report	Trimestrale	<b>25</b>
	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 di ricovero ospedaliero accreditate esterne. Monitoraggio mensile costi e rispetto budget strutture di ricovero accreditate esterne,	N" 3 report sulle verifiche e sui provvedimenti adottati	Trimestrale	

## Obiettivi comuni per tutti i centri di responsabilità di tipo sanitario-DSB

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<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	<b>10</b>
<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% Comunicazione obbligo ai medici specialisti ambulatoriali dell'uso del ricettario SSN	Quadrimestrale	<b>5</b>
<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 ed eventuale aggiornamento.	N° 3 Report trimestrali	Trimestrale	<b>5</b>
	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 2014	
<b>Valorizzazione magazzino materiali di consumo sanitari e non sanitari</b>	Inventario di magazzino semestrale con valorizzazione quali-quantitativa del materiale sanitario e non sanitario di consumo esistente. Sulla scorta dei dati forniti dall'area del Dipartimento del Farmaco e del Provveditorato eventuale valorizzazione economica	n.2 inventari Mat. sanitario e n.2 inventari Mat. non sanitario	30.06.2014	<b>5</b>
			31.12.2014	
<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 report	Report trimestrale attestante le ore rese in PD/ straordinario distinte per nominativo	Trimestrale	<b>5</b>



## UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE AGRIGENTO

OBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione delle attività/azioni previste dal PAA 2014 secondo Milestone cap.: 2.1.A; 2.1.F; 2.2.C; 2.3.B; 2.3.C; 2.5.B; 2.5.E; 2.5.F; 2.8C; 2.8G	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni secondo Milestone	Non < 80% azioni	Trimestrale	10
<b>Promozione Cure Domiciliari</b>	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate con riferimento al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2014 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2013	10% dell'anno precedente per i DD.SS.BB. che non hanno raggiunto il 3,5%, per gli altri valore=> 3.5%	annuale	10
<b>Promozione Cure Residenziali</b>	Ottimizzazione procedure inserimento in cure residenziali RSA	Rilascio autorizzazione entro 2 giorni lavorativi dalla valutazione della UVM	Non < al 10%	Trimestrale	10
<b>PTA</b>	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Assessoriale PTA Standard con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA	100%	Trimestrale	5
		Corso Formazione PUA in tre edizioni <b>organizzate dall'Ufficio Formazione dell'ASP</b>	Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale	
<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 per ciascuno dei targets indicati: -diabete mellito - scompenso cardiaco	Report	Trimestrale	20
<b>Monitoraggio SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA</b>	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
<b>CUSTOMER SATISFACTION Rilevazione della qualità percepita</b>	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





### UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE BIVONA

OBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione delle attività/azioni previste dal PAA 2014 secondo Milestone cap.: 2.1.A; 2.1.F; 2.2.C; 2.3.B; 2.3.C; 2.5.B; 2.5.E; 2.5.F; 2.8C; 2.8G	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni secondo Milestone	Non < 80% azioni	Trimestrale	10
	COMPLETAMENTO ATTIVAZIONE 40 POSTI LETTO RSA BIVONA	SI/NO Attivazione 40 PL RSA BIVONA <b>subordinato attività comune Bivona.</b>	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 con riferimento al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2014 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2013	➤ 10% dell'anno precedente per i DD.SS.BB. che non hanno raggiunto il 3,5%, per gli altri valore=> 3.5%	annuale	5
<b>Promozione Cure Residenziali</b>	Ottimizzazione procedure inserimento in cure residenziali RSA	Rilascio autorizzazione entro 2 giorni lavorativi dalla valutazione della UVM	Non < al 10%	Trimestrale	10
<b>PTA</b>	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Assessoriale PTA Standard con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA	100%	Trimestrale	5
		Corso Formazione PUA in tre edizioni <b>organizzate dall'Ufficio Formazione dell'ASP</b>	Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale	
<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 per ciascuno dei targets indicati: -diabete mellito - scompenso cardiaco	Report	Trimestrale	20
<b>Monitoraggio SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA</b>	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
<b>CUSTOMER SATISFACTION Rilevazione della qualità percepita</b>	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



## UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE CANICATTI

OBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione delle attività/azioni previste dal PAA 2014 secondo Milestone cap.: 2.1.A; 2.1.F; 2.2.C; 2.3.B; 2.3.C; 2.5.B; 2.5.E; 2.5.F; 2.8C; 2.8G	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni secondo Milestone	Non < 80% azioni	Trimestrale	10
<b>Promozione Cure Domiciliari</b>	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate con riferimento al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2014 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2013	➤ 10% dell'anno precedente per i DD.SS.BB. che non hanno raggiunto il 3,5%, per gli altri valore=> 3.5%	annuale	10
<b>Promozione Cure Residenziali</b>	Ottimizzazione procedure inserimento in cure residenziali RSA	Rilascio autorizzazione entro 2 giorni lavorativi dalla valutazione della UVM	Non < al 10%	Trimestrale	10
<b>PTA</b>	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Assessoriale PTA Standard con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA	100%	Trimestrale	5
		Corso Formazione PUA in tre edizioni organizzate dall'Ufficio Formazione dell'ASP	Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale	
<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 per ciascuno dei targets indicati: -diabete mellito -scompenso cardiaco	Report	Trimestrale	20
<b>Monitoraggio SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA</b>	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
<b>CUSTOMER SATISFACTION Rilevazione della qualità percepita</b>	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



## UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE CASTELTERMINI

OBBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione delle attività/azioni previste dal PAA 2014 secondo Milestone cap.: 2.1.A; 2.1.F; 2.2.C; 2.3.B; 2.3.C; 2.5.B; 2.5.E; 2.5.F; 2.8C; 2.8G	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni secondo Milestone	Non < 80% azioni	Trimestrale	10
<b>Promozione Cure Domiciliari</b>	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate con riferimento al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2014 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2013	➤ 10% dell'anno precedente per i DD.SS.BB. che non hanno raggiunto il 3,5%, per gli altri valore=> 3.5%	annuale	10
<b>Promozione Cure Residenziali</b>	Ottimizzazione procedure inserimento in cure residenziali RSA	Rilascio autorizzazione entro 2 giorni lavorativi dalla valutazione della UVM	Non < al 10%	Trimestrale	10
<b>PTA</b>	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Assessoriale PTA Standard con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA Corso Formazione PUA in tre edizioni organizzate dall'Ufficio Formazione dell'ASP	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 per ciascuno dei targets indicati: -diabete mellito - scompenso cardiaco	Report	Trimestrale	20
<b>Monitoraggio SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA</b>	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
<b>CUSTOMER SATISFACTION Rilevazione della qualità percepita</b>	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



## UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE LICATA

OBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione delle attività/azioni previste dal PAA 2014 secondo Milestone cap.: 2.1.A; 2.1.F; 2.2.C; 2.3.B; 2.3.C; 2.5.B; 2.5.E; 2.5.F; 2.8C; 2.8G	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni secondo Milestone	Non < 80% azioni	Trimestrale	10
<b>Promozione Cure Domiciliari</b>	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate con riferimento al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2014 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2013	➤ 10% dell'anno precedente per i DD.SS.BB. che non hanno raggiunto il 3,5%, per gli altri valore=> 3.5%	annuale	10
<b>Promozione Cure Residenziali</b>	Ottimizzazione procedure inserimento in cure residenziali RSA	Rilascio autorizzazione entro 2 giorni lavorativi dalla valutazione della UVM	Non < al 10%	Trimestrale	10
<b>PTA</b>	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Assessoriale PTA Standard con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA	100%	Trimestrale	5
		Corso Formazione PUA in tre edizioni organizzate dall'Ufficio Formazione dell'ASP	Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale	
<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 per ciascuno dei targets indicati: -diabete mellito - scompenso cardiaco	Report	Trimestrale	20
<b>Monitoraggio SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA</b>	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
<b>CUSTOMER SATISFACTION Rilevazione della qualità percepita</b>	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



## UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE RIBERA

OBBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione delle attività/azioni previste dal PAA 2014 secondo Milestone cap.: 2.1.A; 2.1.F; 2.2.C; 2.3.B; 2.3.C; 2.5.B; 2.5.E; 2.5.F; 2.8C; 2.8G	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni secondo Milestone	Non < 80% azioni	Trimestrale	10
<b>Promozione Cure Domiciliari</b>	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate con riferimento al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2014 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2013	➤ 10% dell'anno precedente per i DD.SS.BB. che non hanno raggiunto il 3,5%, per gli altri valore=> 3.5%	annuale	10
<b>Promozione Cure Residenziali</b>	Ottimizzazione procedure inserimento in cure residenziali RSA	Rilascio autorizzazione entro 2 giorni lavorativi dalla valutazione della UVM	Non < al 10%	Trimestrale	10
<b>PTA</b>	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Assessoriale PTA Standard con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA	100%	Trimestrale	5
		Corso Formazione PUA in tre edizioni organizzate dall'Ufficio Formazione dell'ASP	Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale	
<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 per ciascuno dei targets indicati: -diabete mellito - scompenso cardiaco	Report	Trimestrale	20
<b>Monitoraggio SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA</b>	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
<b>CUSTOMER SATISFACTION Rilevazione della qualità percepita</b>	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



## UOC DISTRETTO SANITARIO DI BASE SCIACCA

OBBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione delle attività/azioni previste dal PAA 2014 secondo Milestone cap.: 2.1.A; 2.1.F; 2.2.C; 2.3.B; 2.3.C; 2.5.B; 2.5.E; 2.5.F; 2.8C; 2.8G	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo non < 80% azioni secondo Milestone	Non < 80% azioni	Trimestrale	10
<b>Promozione Cure Domiciliari</b>	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate con riferimento al 3,5% rispetto alla popolazione over 64 residente	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2014 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni 2013	➤ 10% dell'anno precedente per i DD.SS.BB. che non hanno raggiunto il 3,5%, per gli altri valore=> 3.5%	annuale	10
<b>Promozione Cure Residenziali</b>	Ottimizzazione procedure inserimento in cure residenziali RSA	Rilascio autorizzazione entro 2 giorni lavorativi dalla valutazione della UVM	Non < al 10%	Trimestrale	10
<b>PTA</b>	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Assessoriale PTA Standard con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA	Dati di attività PTA	100%	Trimestrale	5
		Corso Formazione PUA in tre edizioni organizzate dall'Ufficio Formazione dell'ASP	Partecipazione tutti i dipendenti PTA	Trimestrale	
<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 per ciascuno dei targets indicati: -diabete mellito - scompenso cardiaco	Report	Trimestrale	20
<b>Monitoraggio SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA</b>	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
<b>CUSTOMER SATISFACTION Rilevazione della qualità percepita</b>	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



## **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**



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

OBIETTIVO GENERALE	SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	MODALITÀ DI CONTROLLO	PESO	
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014	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 2014	Avvio attività entro il 30 04 2014	Rendicontazione economica al 31 12 2014	Quadrimestrale	
		Report quadrimestrali				
Potenziamento e supporto a percorso Nascita e IVG	N. Gravidе 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 2014 / N° interventi clinici (psicoterapia individuale, familiare, di gruppo, colloquio psicologico, test) anno 2013 ( personale psicologo F.T.E.)	> anno 2013	Quadrimestrale	10	
		N° soggetti anziani disabili (over-64) presi in carico per trattamenti psicoterapeutici	Report	Quadrimestrale	10	





**UO Sorveglianza Sanitaria- Medico Competente**

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	MODALITÀ DI CONTROLLO	PESO
<b>PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA 2014	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 2014	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 GENERALE	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO GENERALE
<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



# STAFF DIREZIONE STRATEGICA

## STAFF DIREZIONE STRATEGICA

**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**

### *UO Politiche del Personale*

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<b>Formazione Aziendale</b>	Attuazione Piano Formativo 2014 Aggiornamento Archivio ECM (con ausilio Direttori UOC) Redazione Piano Formativo 2015	Realizzazione di almeno il 50% delle attività incluse nel Piano Formativo 2014 Redazione PAF 2015 Archivio ECM	Trimestrale	<b>10</b>
<b>Partecipazione Attività di Programmazione-Operatività PON 2012 e Progettazione Europea</b>	Assicurare la partecipazione alla attività programmatica ed operativa dei PON 2012 e Progettazione Europea	Presenza Convocazioni di settore	Trimestrale	
<b>Partecipazione Rete formativa Regionale</b>	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		

### *UO Gestione Attività Libero Professionale Intramuraria e Privacy*

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
<b>Miglioramento Gestione Privacy e ALPI</b>	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**

### *UO Gestione della Qualità*

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
PIANO QUALITÀ	Redazione Piano Qualità Aziendale Realizzazione Azioni di miglioramento indicate nel Piano	Delibera Piano Qualità (Entro 31 /05/ 2014) N° Azioni miglioramento Indicate/ N° Azioni Miglioramento Effettuate = 1	Trimestrale	<b>5</b>
POTENZIAMENTO ATTIVITÀ DI RACCORDO CON I COMITATI CONSULTIVI AZIENDALI (CCA)	Partecipazione Progetto regionale Audit Civico e Riunioni CCA	Attestazione Progetto Audit Civico N° 5 riunioni	Trimestrale	
CUSTOMER SATISFACTION	Monitoraggio soddisfazione dell'utenza attraverso evidenza documentale(di concerto con U.O. Comunicazione)	Report soddisfazione Utenza	Trimestrale	



***UO Comunicazione Istituzionale ed Interna***

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
PROGETTAZIONE EUROPEA	Insedimento Formale Nucleo di Progettazione Aziendale Calendarizzazione di almeno n° 4 incontri Redazione N.I Progetto Europeo	Verbale Insediamento Verbali Convocazioni Redazione di almeno N° 1 progetto entro il 31 /12/ 2014	Trimestrale	<b>10</b>
Piano Aziendale Comunicazione	Adozione ed Attuazione	Piano Report	Trimestrale	
POTENZIAMENTO ATTIVITÀ DI RACCORDO CON IL COMITATO CONSULTIVO AZIENDALE (CCA)	Indizione di almeno n° 5 riunioni con il CCA con redazione di apposito verbale e proposta di miglioramento entro il 31 08 2014	N° 5 riunioni Proposta Miglioramento	Trimestrale	
PORTALE "COSTRUIRE SALUTE"	Assicurare la congruenza contenutistica delle attività sanitarie presenti nel portale "Costruire Salute"	Aggiornamento Portale	Trimestrale	
REDAZIONE CARTA DEI SERVIZI	Aggiornamento Carta dei Servizi	Carta dei Servizi	Trimestrale	
REDAZIONE BROCHURE DI DIPARTIMENTO	Produzione Brochure di Dipartimento	Brochure	Trimestrale	
POTENZIAMENTO COMUNICAZIONE PORTALE	Aggiornamento sito web Redazione bollettino on line Sportello virtuale "Lo specialista risponde"	Report Bollettino Attivazione Sportello	Trimestrale	
PEC	Assicurare la comunicazione interna obbligatoriamente via PEC	Attivazione PEC	Trimestrale	
REGOLARE E COSTANTE ACQUISIZIONE TRASMISSIONE DEI DATI E DEI FLUSSI.	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	
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato I della Delibera CiVIT n. 50/2013	Pubblicazione entro i tempi previsti dalla legge	Report trimestrale di avvenuta pubblicazione	



**U.O.C. STAFF DIREZIONE STRATEGICA***UO Educazione alla Salute*

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL.ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
PAA 2014 Obiettivi (AGENAS) 2014	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA e degli obiettivi 2014	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo/Ob Agenas	Trimestrale	<b>5</b>
PIANO EDUCAZIONE ALLA SALUTE	Redazione Piano previa preventiva validazione da parte della Direzione sanitaria . Realizzazione Azioni indicate nel Piano	Delibera Piano (Entro 31 05 2014) N° Azioni Indicate/ N° Effettuate = 1	Trimestrale	
POTENZIAMENTO ATTIVITÀ DI RACCORDO CON I I DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE x ATTUAZIONE LINEE DI PREVENZIONE	Effettuazione attività secondo cronoprogramma aziendale	Report	Trimestrale	





**U.O. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione**

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014	Coordinamento Gruppo di Lavoro Piano Attuativo Aziendale 2014 secondo direttive AGENAS	Redazione PAA 2014	31 12 2014	15
		Redazione SAL mensili		
		Redazione Documento Finale		
SUPERCONTROLLO OBIETTIVI DG 2014 SECONDO AGENAS	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 2014	
AVVIO CONTABILITÀ ANALITICA PER CENTRI DI COSTO ( DI CONCERTO CON IL SEF)	Attività Formativa per le Unità Operative Complesse ed attivazione procedura GPI (previa Formazione effettuata da software house ) Processo di revisione periodica dei CDC	Entro il 31 12 2014 Abilitazione GPI Avvio Processo	31 12 2014	
PIANO PERFORMANCE	Supporto Tecnico alla predisposizione "Aggiornamento Annuale"	Delibera Aggiornamento	31 01 2014	
	Supporto Tecnico alla predisposizione documento "Relazione Performance 2013"	Delibera Relazione Performance 2012	30 06 2014	
NEGOZIAZIONE OBIETTIVI	Predisposizione Schede di Budget Verbalizzazione Sedute Negoziali Supporto tecnico per la sottoscrizione Schede di Budget e relativa archiviazione	Schede Verbali Archivio	31 12 2014	
MONITORAGGIO OBIETTIVI E DATI DI ATTIVITÀ 2014 (CRUSCOTTO DIREZIONALE)	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 2014	
VERIFICA PERFORMANCE 2013	Redazione schede di Verifica Budget 2013, e loro validazione/ chiusura schede da parte della Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa.	Schede di Verifica entro il 30 04 2014	31 12 2014	
	Calendarizzazione sedute OIV e costante partecipazione alle stesse, fornendo all'Organismo Indipendente di Valutazione il necessario supporto tecnico e logistico.	Maggio-Giugno 2014		
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato I della Delibera CiVIT n. 50/2013	Pubblicazione entro i tempi previsti dalla legge	Report trimestrale di avvenuta pubblicazione	



UO Gestione del Rischio Clinico

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2013 Obiettivi AGENAS 2014</b>	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA e degli obiettivi 2014	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>Implementazione 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

### *UO Gestione e coordinamento attività di valutazione e controllo DRG e SDO*

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
ASSICURARE IL COSTANTE CONTROLLO DELLE PERFORMANCE OSPEDALIERE FORNENDO IL NECESSARIO SUPPORTO AL CONTROLLO DIREZIONALE	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	10



# AREA AMMINISTRATIVA



Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento- **Piano della Performance 2014 - 2016**

Tel. 0922 407111 Fax 0922 401229

P.IVA e C.F. 02570930848

*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>Puntuale e Tempestiva Trasmissione dei dati della Performace</b>	Trasmissione completa e puntuale dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi di scadenza previsti dalla rispettiva scheda di assegnazione obiettivi.	100% N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere	Trimestrale	<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 I	Trimestrale	<b>5</b>



# DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VALORE ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PAA 2014 IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ/AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014</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>40</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	$\frac{\text{Numero Azioni Richieste DSA}}{\text{Numero Azioni Effettuate}}$	Quadrimestrale + Invio Reports bimestrali Quadrimestrale	<b>10</b>
<b>ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE</b>	Adozione del Piano Triennale della Trasparenza e del Piano Triennale Anticorruzione (D.lgs. n. 33/2013 Legge n. 190/2012)	Adozione atto deliberativo	Entro le scadenze previste	<b>10</b>
	Vigilanza sull'attuazione delle disposizioni previste dall'art. 43 D.lgs. n.33/2013	Azioni di vigilanza	Invio Reports trimestrali	<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 15.04.2014, 60% entro il 15/07/2014, 80% entro il 15/10/2014 100% entro il 15/01/2015	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 15.04.2014, 60% entro il 15/07/2014, 80% entro il 15/10/2014 100% entro il 15/01/2015	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.	5
<b>DOTAZIONE ORGANICA</b>	Piano delle assunzioni copertura posti vacanti 2014-2015	Predisposizione piano delle assunzioni	30 06 2014	5
<b>FONDI CONTRATTUALI</b>	Costituzione fondi personale dirigenza e comparto.	Proposta di delibera costituzione fondi entro il 30/04/2014	30 04 2014	10
<b>ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA</b>	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato I della Delibera CiVIT n. 50/2013	Pubblicazione entro i tempi previsti dalla legge	Report trimestrale di avvenuta pubblicazione	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>	Variatione 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	15/04/2014 15/07/2014 15/10/2014 15/01/2015	15
<b>INVENTARIO BENI IMMOBILI E MOBILI</b>	Aggiornamento continuo e valorizzazione patrimonio aziendale	N° 4 inventari	15/04/2014 15/07/2014 15/10/2014 15/01/2015	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	15/04/2014 15/07/2014 15/10/2014 15/01/2015	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
<b>ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA</b>	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato I della Delibera CiVIT n. 50/2013	Pubblicazione entro i tempi previsti dalla legge	Report trimestrale di avvenuta pubblicazione	10





*UOC Servizio Provveditorato*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>PON PAA 2014</b>	Predisposizione procedure per acquisizione beni e servizi previsti e finanziati dal PON o per PAA 2014 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	30/05/2014	10
	Riduzione del 5 % dei costi economali	Costi Economali 2014 < 5% dei costi economali 2013	Report 15/04/2014 15/07/2014 15/10/2014 15/01/2015	10
<b>FLUSSO INFORMATIVO DISPOSTIVI 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, report analitico per centri di costo.	Valorizzazione scorte aziendali	31/01/2015	10
<b>GARE</b>	Ricognizione gare scadute e in scadenza al primo semestre 2014 e predisposizione bandi nuove gare	Ricognizione Predisposizione	Ricognizione entro il 30.04.2014 Predisposizione gare entro il 30/06/2014	10
<b>ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA</b>	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato I della Delibera CiVIT n. 50/2013	Pubblicazione entro i tempi previsti dalla legge	Report trimestrale di avvenuta pubblicazione	10



## UOC Servizio Tecnico

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	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 30/06/14; 100% al 31/12/14	Semestrale	10
<b>LAVORI EX ART. 20</b>	Completamento lavori P.O. Ribera	Predisposizione stato finale con collaudo al 31/12/2014	Annuale	10
	Completamento lavori CTA Santa Margherita Belice	Aggiudicazione lavori entro il 30/09/2014	Annuale	15
	Completamento lavori P.O. Licata	Realizzazione lavori: 90% dei lavori entro il 31/12/2014	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 30/06/2014	Annuale	10
<b>ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA</b>	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato I della Delibera CiVIT n. 50/2013	Pubblicazione entro i tempi previsti dalla legge	Report trimestrale di avvenuta pubblicazione	10



## UOC Servizio Facility Management

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>SERVIZI ALBERGHIERI</b>	Monitoraggio Qualità Percepita	Report trimestrali	15/04/2014 15/07/2014 15/10/2014 15/01/2015	<b>5</b>
	Predisposizione Piano Miglioramento qualità percepita	Redazione piano entro il 31/12/2014	Annuale	<b>5</b>
<b>AUTOPARCO</b>	Mappatura parco automezzi e monitoraggio	Report entro il 31/03/2014	31/03/2014	<b>5</b>
	Elaborazione documentazione per acquisizione servizi di manutenzione	Report entro il 31/03/2014	31/03/2014	<b>5</b>
	Avvio gestione autoparco e monitoraggio	n. 2 Report	30.06.2014 31.12.2014	<b>10</b>
<b>SEGNALETICA E TOPONOMASTICA</b>	Redazione capitolato per aggiornamento segnaletica	Report entro il 30/06/2014	30/06/2014	<b>5</b>
	Definizione procedure aggiornamento toponomastica	Proposta entro il 31/12/2014	31/12/2014	<b>5</b>
<b>SERVIZI GIARDINAGGIO</b>	Mappatura Aree a verde	Report entro il 30/06/2014	<u>30/06/2014</u>	<b>10</b>
	Redazione documenti per acquisizione servizi	Report entro il 30/09/2014	<u>30/09/2014</u>	
	Avvio gestione aree a verde	Report entro il 31/12/2014	<u>31/12/2014</u>	
<b>ENERGIA GAS ACQUA</b>	Mappatura Utenze e fornitori	Report entro il 30/06/2014	30/06/2014	<b>10</b>
	Monitoraggio consumi	Report trimestrale	15/10/2014 15/01/2015	
	Individuazione criticità e piano ottimizzazione dei consumi	Report al 31.12.2014	31.12.2014	
<b>ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA</b>	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato I della Delibera CiVIT n. 50/2013	Pubblicazione entro i tempi previsti dalla legge	Report trimestrale di avvenuta pubblicazione	<b>10</b>



### 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	31.03.2014 30.06.2014 30.09.2014 31.12.2015	<b>15</b>
<b>PROFICUO UTILIZZO RISORSE UMANE E STRUTTURALI</b>	Proposta per la razionalizzazione delle risorse umane e strutturali assegnate alle strutture afferenti	Relazione al 30/04/2014	30/04/2014	<b>15</b>
<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 30/09/2014	31.03.2014 30.06.2014 30.09.2014 31.12.2015	<b>20</b>
<b>PROMUOVERE IL CONTENIMENTO DI COSTI</b>	Definire il complesso delle economie conseguibili attraverso una reingegnerizzazione dei processi	Relazione	31.05.2014	<b>10</b>
<b>ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA</b>	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato I della Delibera CiVIT n. 50/2013	Pubblicazione entro i tempi previsti dalla legge	Report trimestrale di avvenuta pubblicazione	<b>10</b>



*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	31.03.2014 30.06.2014 30.09.2014 31.12.2015	<b>15</b>
<b>PROFICUO UTILIZZO RISORSE UMANE E STRUTTURALI</b>	Proposta per la razionalizzazione delle risorse umane e strutturali assegnate alle strutture afferenti	Relazione al 30/04/2014	30/04/2014	<b>15</b>
<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 30/09/2014	31.03.2014 30.06.2014 30.09.2014 31.12.2015	<b>20</b>
<b>PROMUOVERE IL CONTENIMENTO DI COSTI</b>	Definire il complesso delle economie conseguibili attraverso una reingegnerizzazione dei processi	Relazione	31.05.2014	<b>10</b>
<b>ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA</b>	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato I della Delibera CiVIT n. 50/2013	Pubblicazione entro i tempi previsti dalla legge	Report trimestrale di avvenuta pubblicazione	<b>10</b>



### **c) 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
Giuseppe Termini	Commissario Straordinario	Individuazione strategia	X	
Emanuele Cassarà	Direttore Sanitario	Responsabile area sanitaria Validazione sanitaria piano performance	X	
Salvatore Lucio Ficarra	Direttore Amministrativo	Responsabile area amministrativa Validazione amministrativa piano performance	X	
Beatrice Salvago	Direttore dipartimento amministrativo	Supporto per redazione piano della performance	X	
Loredana Di Salvo	Responsabile UOC Servizio Affari Generali, sviluppo organizzativo e risorse umane	Coordinamento per gestione e verifica piano della performance		
Antonio Fiorentino	Coordinatore Staff Direzionale	Supervisione redazione piano della performance	X	
Filadelfio Adriano Cracò	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	



## **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

