



**ASP**  
**AGRIGENTO**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
*Piano Triennale della Performance*  
**2015 - 2017**

INCREAS  
ESTMENT



# Sommario

<b>- IL PIANO DELLA PERFORMANCE .....</b>	<b>7</b>
- Contenuti .....	9
- Principi generali .....	10
- La riorganizzazione aziendale .....	12
- La Vision aziendale: obiettivi attribuiti alla Direzione e linee di sviluppo della gestione aziendale .....	14
- La gestione delle risorse umane .....	17
- Gli obiettivi di performance derivanti dal decreto legislativo n. 33/2013 .....	19
- L'amministrazione in cifre.....	20
- Chi siamo, cosa facciamo come operiamo .....	20
<b>- L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO .....</b>	<b>21</b>
<b>- ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELLE RISORSE UMANE.....</b>	<b>22</b>
<b>GLI OBIETTIVI INDIVIDUATI E GLI INDICATORI .....</b>	<b>24</b>
- Gli obiettivi assegnati al personale dirigente .....	28
<b>OBIETTIVI COMUNI PER TUTTI I CENTRI DI RESPONSABILITÀ DI TIPO SANITARIO .....</b>	<b>31</b>
DIREZIONI SANITARIE DI PRESIDIO OSPEDALIERO ( Agrigento – Sciacca- Canicattì – Licata – Ribera) .....	32
<b>DIPARTIMENTI DI EMERGENZA .....</b>	<b>33</b>
Dipartimento Funzionale Emergenza AG 1 / AG 2.....	34
UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Agrigento .....	35
UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Sciacca .....	36
UOS Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Canicattì .....	37
UOS Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Licata .....	38
UOS Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Ribera .....	39
U.O.C. Cardiologia UTIC P.O. Agrigento .....	40
U.O.C. Cardiologia UTIC PO Sciacca .....	41



U.O.C. Cardiologia UTIC PO Canicatti .....	42
UOC Emodinamica AG 1 .....	43
UOC Emodinamica AG 2 .....	44
UOC UTIN P.O. di Agrigento .....	45
Anestesia e Rianimazione AG 1 .....	46
Anestesia e Rianimazione AG 2 .....	47
Patologia Clinica AG 1 .....	48
Patologia Clinica AG 2 .....	49
UOC Medicina Trasmfusionale PO Sciacca .....	50
UOC Medicina Trasmfusionale Agrigento .....	51
Medicina Trasmfusionale PO Canicatti .....	52
<b>DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE RADIOLOGICHE .....</b>	<b>53</b>
Radiodiagnostica AG 1 .....	54
Radiodiagnostica AG 2 .....	54
UOC Medicina Nucleare PO Agrigento .....	55
UOS Fisica Sanitaria .....	55
<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA .....</b>	<b>56</b>
U.O.C. Cardiologia P.O. Agrigento .....	59
U.O.C. Cardiologia PO Sciacca .....	60
U. O.C. Medicina PO Agrigento .....	63
U. O.C. Medicina PO Sciacca .....	64
U. O.C. Medicina PO Canicatti .....	65
U. O.C. Medicina PO Licata .....	66
U. O.C. Medicina PO Ribera .....	67
U.O.C. Nefrologia e Dialisi PO Agrigento .....	68
U.O.C. Nefrologia e Dialisi PO Sciacca .....	69



<b>DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE E CURE INTERMEDIE.....</b>	<b>76</b>
UOC Medicina Riabilitativa P.O. Agrigento.....	77
UOS Medicina Riabilitativa PO Licata.....	78
UOS Lungodegenza PO Agrigento.....	79
UOS Lungodegenza PO Canicatti.....	80
UOS Hospice.....	81
UOC Neurologia PO Agrigento.....	82
<b>DIPARTIMENTO CHIRURGIA AG 1      DIPARTIMENTO CHIRURGIA AG 2.....</b>	<b>83</b>
U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Agrigento.....	86
U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Sciacca.....	87
U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Canicatti.....	88
U.O.C. Chirurgia Generale P.O Licata.....	89
U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Ribera.....	90
U.O.S. Chirurgia Vascolare PO Agrigento.....	91
U.O.C. Urologia PO Agrigento.....	92
U.O.C. Urologia PO Sciacca.....	93
U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Agrigento.....	100
U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Sciacca.....	101
U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Canicatti -Dipartimento Materno Infantile.....	102
U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Licata -Dipartimento Materno Infantile.....	103
<b>DIPARTIMENTI TERRITORIALI .....</b>	<b>105</b>
<b>DIPARTIMENTO STRUTTURALE DEL FARMACO .....</b>	<b>106</b>
UOC Farmacia Ospedaliera Distretto AG 1.....	108
UOC Farmacia Ospedaliera Distretto AG 2.....	109
UOC Area Territoriale del Farmaco.....	110
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE .....</b>	<b>111</b>



UOC SIAN.....	113
UOC SIAV.....	114
UOC SPRESAL.....	115
U.O.C.SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA.....	116
U.O.C. SIA.....	117
UOC Laboratorio Sanità Pubblica.....	118
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....</b>	<b>119</b>
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO.....</b>	<b>120</b>
UOC Servizio Sanità Animale.....	121
UOC Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale.....	122
UOC Servizio Igiene Produzione e Commercializzazione Prodotti Lattiero Caseari.....	124
<b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE.....</b>	<b>125</b>
<b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE.....</b>	<b>126</b>
UOC Modulo Dipartimentale Sciacca Ribera Bivona.....	127
UOC Modulo Dipartimentale Agrigento Casteltermini.....	128
UOC Modulo Dipartimentale Canicattì Licata.....	129
UOC Servizio Coordinamento Dipendenze Patologiche.....	130
UOC Servizio Malattie Psichiatriche Degenerativo-Involutive.....	131
UOC Servizio Coordinamento NPI.....	132
<b>DISTRETTI SANITARI DI BASE.....</b>	<b>133</b>
Area Apicale Amministrativa Territoriale.....	134
U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base, Ospedalità Privata, Specialistica Medicina Legale e Fiscale ed Assistenza Integrativa Socio Sanitaria.....	135
UU.OO.CC. DISTRETTI SANITARI DI BASE.....	137
<b>UNITÀ OPERATIVE ALLE DIRETTE DIPENDENZE DEL DIRETTORE GENERALE.....</b>	<b>138</b>
<b>STAFF DELLA DIREZIONE STRATEGICA.....</b>	<b>141</b>
UOC Servizio Affari Generali, Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane.....	148



UOC Servizio Tecnico .....	148
Obiettivi comuni per tutti i centri di responsabilità di tipo amministrativo .....	149
<b>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO.....</b>	<b>150</b>
UOC Servizio Affari Generali, Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane .....	151
UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale .....	152
UOC Servizio Provveditorato .....	153
UOC Servizio Tecnico .....	154
UOC Servizio Facility Management .....	155
Area Apicale Amministrativa AG 1 .....	156
Area Apicale Amministrativa AG 2 .....	157
<b>c) La comunicazione del piano all'interno ed all'esterno .....</b>	<b>158</b>
<b>IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.....</b>	<b>159</b>
<b>a) Il gruppo di lavoro.....</b>	<b>159</b>
<b>b) Le azioni di miglioramento previste per il ciclo di gestione della performance.....</b>	<b>160</b>





## - IL PIANO DELLA PERFORMANCE

### - Finalità

Con il presente aggiornamento al Piano triennale della performance 2015- 2017, 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 già Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (per semplicità denominata C.I.V.I.T.) ed dalla Autorità Nazionale Anticorruzione. Sono altresì confermate, nella stesura del presente documento, le finalità già introdotte con il piano Performance 2014 -2016 e in particolare:

- **Explicitazione** 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 funzioni 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 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.

## **- Contenuti**

Secondo quanto previsto il Piano individua:

- **Gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi distintamente per macroarea e servizi/unità operative.**

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.

## **- Principi generali**

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

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

Il piano sarà pubblicato, ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013, sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

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 del decreto legislativo n. 33/2013 in tema di trasparenza e dalla legge n. 190/2012 in tema di anticorruzione nonché dell'art. 11 del D.Lgs 150/09 i quali 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**

Anche con questo aggiornamento il Piano risulta di dimensioni adeguate e facilmente comprensibile anche agli stakeholder esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.).

### **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 2015- 2017, 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 già CIVIT in tema di collegamento tra piano della performance e predisposizione di documenti di programmazione finanziaria.

#### **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.

### **- La riorganizzazione aziendale**

L'accorpamento delle tre aziende operato nel 2009, ha visto impegnato in questi anni il management nella risoluzione di una serie di problematiche inerenti la concreta unificazione di tutte le procedure. Ovvero sono state poste in essere una serie di adempimenti 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 la preesistente 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 rivedere le procedure di reclutamento correntemente utilizzate.

Questa Direzione, consapevole del percorso amministrativo-gestionale intrapreso, intende ulteriormente proseguirlo dando 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.



Infine, appare doveroso evidenziare che il nuovo piano di **“Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Sicilia”**, normativamente in corso di definizione, sicuramente richiederà un ulteriore momento di riorganizzazione aziendale e di reingegnerizzazione del piano operativo di performance.

### **- Gli Obiettivi derivanti dal “Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale” per il triennio 2013 – 2015”.**

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 e del documento di programmazione sanitaria della Amministrazione redatto sulla base del “Programma operativo di consolidamento e sviluppo del SSR 2012 2015” 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.

La nuova pianificazione regionale si fonda, quindi, fondarsi sul consolidamento dei risultati raggiunti nei due trienni precedenti, per rilanciarsi in ulteriori interventi di sistema derivanti dall’obbligo di attuare le nuove disposizioni normative.

Occorre, quindi, sviluppare ulteriori strategie d’intervento che, agendo sull’organizzazione, e sull’appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali ed avvalendosi della partecipazione civile, determinino le condizioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario.

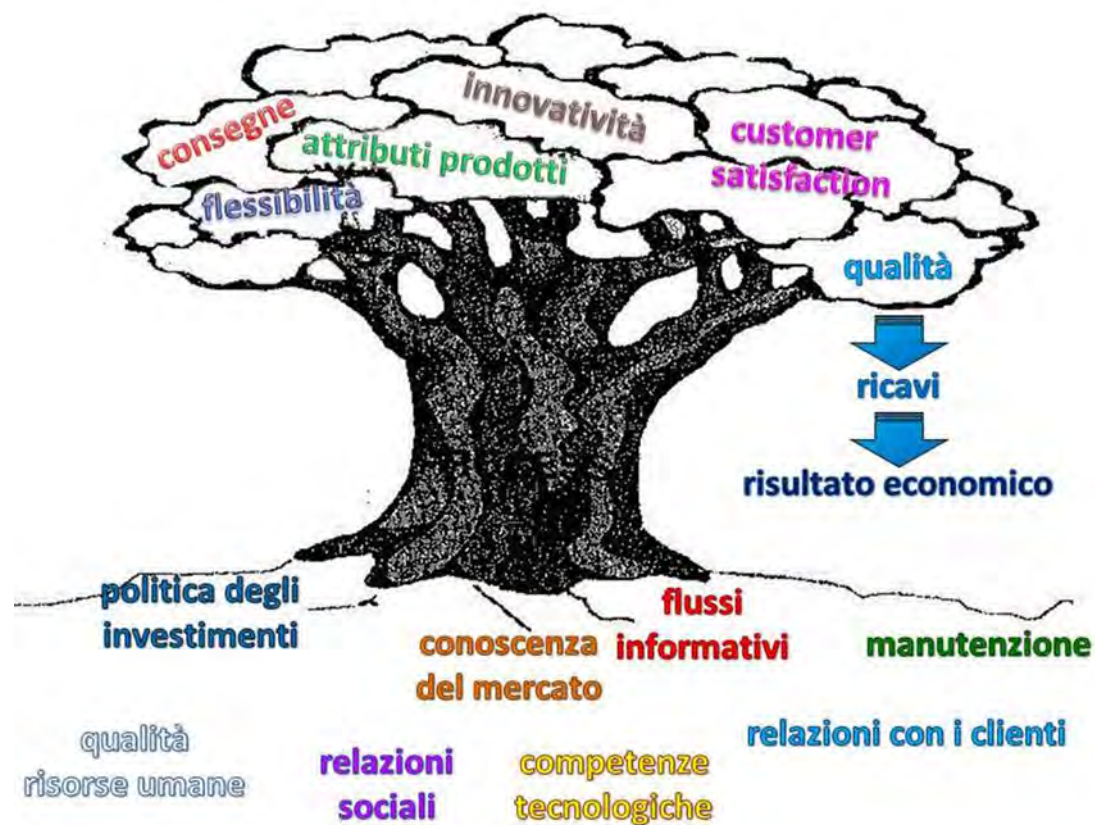
Il “Programma operativo di consolidamento e sviluppo del SSR 2012-2015” fa propri i risultati raggiunti con il programma Operativo Regionale 2010-2012 per la prosecuzione del Piano di Rientro nonché i contenuti del nuovo Patto per la Salute a garanzia dei LEA e per il conseguimento di maggiori livelli di appropriatezza nell’erogazione e organizzazione dei servizi e nella gestione delle risorse.

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.



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



Anche quest'anno 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 la definizione degli standard di riferimento;
- **Analisi delle criticità rilevate all'interno dei presidi:** L'imprescindibile esame delle criticità rilevate nelle diverse articolazioni aziendali costituisce il punto di partenza per la pianificazione degli interventi da porre in essere. Proceduralizzare la divulgazione delle informazioni utili alla comprensione delle criticità è il primo passo per un'attribuzione di obiettivi in cui, grazie alla risoluzione delle stesse, ciascun operatore e ciascuna struttura di conseguenza sono messi nelle condizioni di rendere al meglio. Ovviamente, non tutte le istanze, ancorché legittime e circostanziate, possono trovare una soluzione in breve tempo, stante la complessità delle stesse e la necessità, nella maggior parte dei casi, di provvedere tramite l'utilizzo di risorse aggiuntive non sempre disponibili. Non vi è dubbio tuttavia che la conoscenza di tutte le criticità rappresentate attraverso la raccolta e l'analisi continua delle stesse, in special modo se le stesse sono corredate di proposte concrete per porre rimedio, costituiscano una ricchezza per il management aziendale che può, attraverso un esame comparato, individuare le priorità non differibili e graduare secondo un ordine di importanza le altre istanze pervenute;
- **Miglioramento nella gestione della spesa farmaceutica:** l'esame del bilancio di ogni azienda sanitaria evidenzia l'entità delle voci riconducibili alla spesa farmaceutica. Non vi è dubbio, quindi, che eventuali razionalizzazioni anche minime da un punto di vista procedurale, risultino idonee a produrre risultati economici di entità notevole se applicati a grandi numeri. I vincoli della spending review in tal senso riconfigura l'azione amministrativa nell'ottica di una ancor più dettagliata razionalizzazione delle risorse.
- **Miglioramento nella gestione dell'audit clinico come strumento di lavoro;** è possibile in questo punto riproporre le considerazioni espresse con riferimento all'utilizzo degli standards e delle indicazioni della Joint Commission come strumento di lavoro. L'audit clinico, attraverso un approccio alla verifica che si focalizza su specifici problemi clinici, assistenziali o aspetti della pratica corrente, caratterizza gli interventi posti in essere garantendo risultati grazie alla competenza clinico-assistenziale specifica dei professionisti



impegnati in tal senso. Il risultato è un'offerta assistenziale più efficace, una crescita degli operatori interessati e in ultima analisi, anche un risparmio economico derivante non da risorse lesinate ma da gestioni più oculate che consentono di abbinare efficacia ed efficienza. L'intendimento di questa Direzione è di fare dell'audit clinico uno strumento di lavoro per tutti gli operatori al fine di raggiungere gli obiettivi sopra evidenziati

- **Miglioramento delle procedure con i MMG e con i PLS:** il contributo possibile di questi professionisti spesso considerati, a torto, come degli elementi estranei al sistema sanitario delle aziende è oggi stato rivalutato alla luce della comprensione delle enormi potenzialità connesse al loro coinvolgimento. Non è un caso che anche in questo settore, tutte le sperimentazioni gestionali abbiano portato a significativi miglioramenti nell'efficacia delle procedure. Una strategia di coinvolgimento di tali risorse, del resto, appare l'unico sentiero percorribile per orientare le scelte dell'utenza, grazie alla conoscenza diretta degli assistiti, contribuendo agli obiettivi di ridurre il ricorso all'assistenza ospedaliera in caso di pazienti non acuti. Questo comporterebbe al tempo stesso, prestazioni più appropriate, disponibilità di posti letto per la cura delle patologie per le quali gli stessi sono stati determinati e valorizzazione di strutture territoriali attualmente sotto utilizzate a causa della preferenza per le strutture ospedaliere il tutto con una razionalizzazione delle risorse e senza lesinare nulla in termini di offerta assistenziale, permettendo anzi un'assistenza migliore in relazione alle concrete esigenze dell'utenza.

## **Area Amministrativa**

- **Revisione organizzazione aziendale:**

Non vi è dubbio che l'attività di tipo amministrativo dovrà essere sempre più monitorizzata e standardizzata e dunque più semplice da pianificare. In particolare occorre proceduralizzare le diverse attività anche alla luce nuove disposizioni in tema di procedimenti stabiliti dal D.Lgs del 14 Marzo 2013 n. 33 in tema di trasparenza e dalla legge 190 del 06 Novembre 2012 in ambito di prevenzione del rischio di corruzione nella pubblica amministrazione. Non devono invece essere sottovalutate le difficoltà relative alla gestione di tutte le problematiche amministrative legate ad un'organizzazione non ancora definita e in continua evoluzione. Si rinvia alla sezione dedicata alle criticità per un approfondimento delle difficoltà connesse. In un'ottica orientata al problem solving, tuttavia, preme in questa sezione sottolineare l'intendimento di questa amministrazione di porre rimedio a queste difficoltà, come si desume dalle procedure di delega recentemente adottate al fine di valorizzare le figure apicali intermedie (capi dipartimento, responsabili di distretto) nella gestione di una serie di problematiche quotidiane. E' ovvio che tale tipo di strategia appare percorribile solamente se la Direzione ma anche gli stessi soggetti delegati sono messi nelle condizioni di verificare la bontà delle azioni realizzate ed in tal senso appaiono evidenti i progressi realizzati nel corso dell'ultimo anno, riconosciuti anche dall'A.Ge.Nas. in merito alla capacità di verifica concomitante ed alla possibilità di rendicontare il grado di raggiungimento degli obiettivi. L'intendimento è quello di proseguire lungo questo sentiero di responsabilizzazione di tutti gli operatori ed in questa Direzione possono essere considerati gli sforzi profusi per il



monitoraggio delle risorse umane, per il completamento e il miglioramento dei flussi previsti per il personale ai sensi dell'art. 79 della L. 133 e la revisione in atto di tutte le procedure amministrative in senso stretto e di supporto all'attività sanitaria.

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

Ovviamente, l'attività di gestione che questa Direzione è chiamata a realizzare è resa ancora più complessa dalla situazione congiunturale estremamente delicata dalle restrizioni delle risorse finanziarie.

Le linee di indirizzo contenute nel programma operativo di consolidamento del SSR 2012-2015, risultano 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.

Infine, si risottolinea che l'orientamento al rientro economico ha anche quest'anno consigliato la formulazione di ipotesi sull'impatto economico delle scelte adottate e degli interventi posti in essere, le quali ispirano gli obiettivi .

### **- La gestione delle risorse umane**

Il processo di riforma avviato dalla legge regionale n. 5 del 2009 aveva 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 è nata 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 era sorta 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 per il raggiungimento di una compiuta strutturazione aziendale.



La gestione delle dotazione organica a partire dal 2010, 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 stata chiamata, in contrattazione integrativa, a regolamentare una serie di istituti contrattuali in funzione delle proprie esigenze e soprattutto della propria organizzazione.

Con D.A. n. 736/2010, di emanazione delle linee guida per l'adozione dell'atto aziendale, l'Aziende era stata chiamata ad individuare le "Strutture" nel rispetto delle indicazioni e degli appositi "standard" ivi previsti, con conseguente ridefinizione del numero delle Strutture (complesse/semplifici) e del relativo organico, fermo restando la riduzione di almeno il 5% del numero delle strutture complesse e il 10% del numero di strutture semplici, nei termini di cui all'obiettivo D.1.1. del Piano di Rientro. La dotazione organica della nuova azienda è stata elaborata, pertanto, sulla scorta delle Linee di indirizzo approvate con il D.A. 1868/2010, per un numero totale, di n. 3.552 unità in termini di tempo pieno annui.

Conseguentemente si è proceduto alla **rideterminazione del tetto di spesa** in linea con i posti della nuova dotazione organica, determinati sulla base di appositi standard per posto letto e popolazione assistita in linea con le disposizioni di riduzione della spesa di personale intervenute (D.L. n. 78/2010 – art. 9 comma 28) che, hanno inciso in maniera particolarmente restrittiva sull'utilizzo delle tipologie di lavoro flessibile, nonché in linea con il modello tipico dell'assunzione a tempo indeterminato nelle PP.AA. ex art. 36 del decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i.

Inoltre 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.

Per gli anni oggetto del presente piano l'Azienda sarà chiamata nuovamente, sulla scorta del nuovo piano di **"Riqualificazione e rifunionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Sicilia"**, ad intervenire in materia di dotazione organica attraverso processi di riconversione e nonché al fine di adeguare i profili professionali agli standard "tendenziali" di cui alle linee di indirizzo regionali ovvero agli standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza.

**- Performance – Trasparenza e gli adempimenti in tema prevenzione della corruzione previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190.**



La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto, negli ultimi anni, di penetranti interventi normativi. Con l'entrata in vigore della 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, è stato 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.

### **- Gli obiettivi di performance derivanti dal decreto legislativo n. 33/2013**

Il decreto legislativo 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 è stato rielaborato in termini di obiettivi, distintamente per ciascuna struttura aziendale interessata, individuandone i rispettivi ambiti soggettivi di applicazione aziendale.



## **- 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.

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.

## **- 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.

## **- L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO**

### **- 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 l'ulteriore riduzione delle risorse 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.

#### **– ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELLE RISORSE UMANE**

- Analisi caratteri quali-quantitativi

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	49,51
Età media dei dirigenti (anni)	49,18



Tasso di crescita unità di personale negli anni	2,08%
% di dipendenti in possesso di laurea	28,45 % sul totale
% di dirigenti in possesso di laurea	25,32%
Ore di formazione (media per dipendente)	
Turnover del personale	
Costi di formazione/spese del personale	

- Analisi benessere organizzativo

Indicatori	Valore
Tasso di assenze	3,18 %*
Tasso di dimissioni premature	
Tasso di richieste di trasferimento	1,30%
Tasso di infortuni	2,20%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	Comparto: 2.232
% di personale assunto a tempo indeterminato	10,1%

- Analisi di genere

Indicatori		
% 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:                      Dirigenza:



	2.327	5.793
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	67,00%	
Età media del personale femminile (distinto per personale dirigente e non)	Comparto: 50,16	Dirigenza: 52,62
% 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**

## **GLI OBIETTIVI INDIVIDUATI E GLI INDICATORI**

- Il contenuto attuativo per macroarea

Gli obiettivi operativi per l'anno 2015, 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 negoziazione del budget al fine di individuare valori congrui per la misurazione. La Direzione Generale, pertanto predispose le schede di budget, negozierà obiettivi, indicatori e relativi valori nonché il peso % assegnato a ciascun indicatore (in funzione della rilevanza strategica degli obiettivi medesimi e tenuto conto anche delle risorse disponibili).
- I Direttori delle UU.OO.C.C., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Assistenza Sanitaria di Base, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi sopra individuati, sia generali che specifici attinenti la propria area, coinvolgeranno nella fase di attuazione degli obiettivi negoziati tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto. Sarà cura dei responsabili delle diverse articolazioni aziendali garantire gli adempimenti necessari i fini della verifica concomitante e susseguente degli obiettivi assegnati, illustrando obiettivi e criteri di valutazione e trasmettendo alla Direzione le informazioni necessarie per la conoscenza di tutte le variabili, nello specifico verbali di assegnazione di obiettivi e di individuazione dei criteri e schede di valutazione preventive, oltre a tutte le altre informazioni che si dovessero rendere necessarie in corso di opera per informare tempestivamente la Direzione sull'andamento della gestione;



- I responsabili delle Unità Operative Complesse predisporranno e trasmetteranno i rispettivi Piani Operativi Preventivi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza sia in forma cartacea che per posta elettronica, dovranno pervenire , entro giorni sette dalla sottoscrizione del budget, alla Direzione Aziendale tramite la U.O. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione.
- I piani di lavoro Operativi Preventivi da presentare possono prevedere, oltre gli obiettivi individuati con la presente, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intende realizzare nel corso dell'anno 2015 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 2015, Luglio 2015, Ottobre 2015 e Gennaio 2016, 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 2015 (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).

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, come modificata dall'art. 9 della legge 28 gennaio 2014, n. 5 con la soppressione delle cariche di coordinatore sanitario e coordinatore amministrativo. La strutturazione è dunque rappresentata dalla figura seguente.



## **- Gli obiettivi assegnati al personale dirigente**

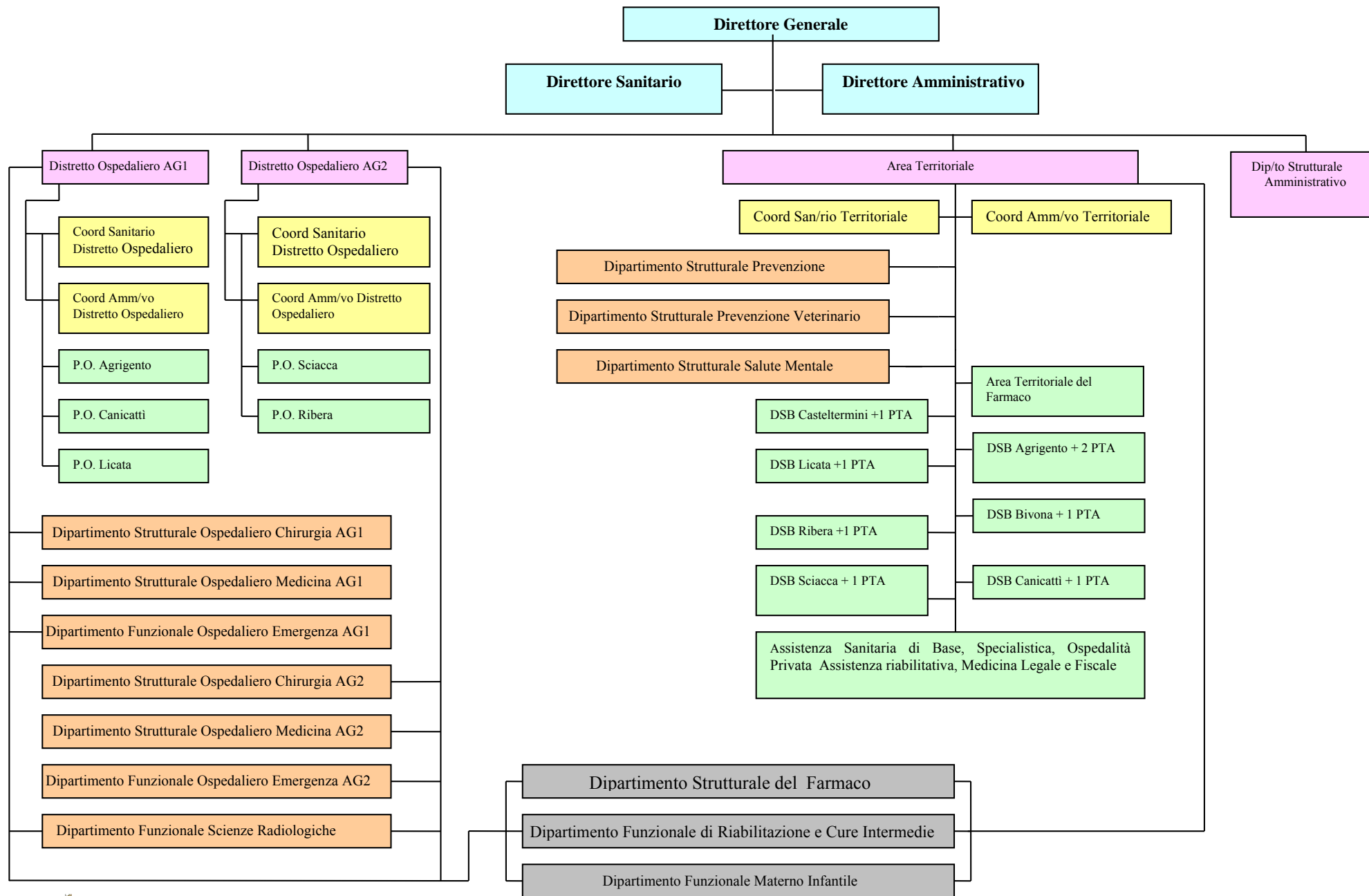
Nella presente sezione sono evidenziati gli obiettivi del personale dirigente. Nella stesura dei prospetti che seguono si individuano dapprima gli obiettivi comuni, con espressa indicazione dei macro insiemi di operatori interessati e poi quelli analiticamente riferibili alle diverse articolazioni aziendali.

**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

## AG 1

**Direttore Sanitario**  
**Presidi Ospedalieri**  
**Agrigento - Canicattì - Licata**

## AG 2

**Direttore Sanitario**  
**Presidi Ospedalieri**  
**Sciacca - Ribera**

### **DIPARTIMENTI OSPEDALIERI AG 1**

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

### **DIPARTIMENTI OSPEDALIERI AG 2**

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

### **DIPARTIMENTI INTERDISTRETTUALI**

**Dipartimento Funzionale Interdistrettuale di Scienze Radiologiche**  
**Dipartimento Funzionale Interdistrettuale di Riabilitazione**  
**Dipartimento Funzionale Interdistrettuale Materno Infantile**



## 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>	La struttura responsabile della produzione e compilazione dei flussi di propria pertinenza deve garantire la qualità, la completezza e la puntualità dei dati nel rispetto della normativa vigente. Dovrà essere garantita altresì la puntuale trasmissione del Piano della Performance 2014	100% N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere.  Trasmissione del Piano Consuntivo Performance		10
<b>RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA INDOTTA</b>	Uso obbligatorio del ricettario SSN nell'ambito dell'attività ambulatoriale ospedaliera e territoriale con divieto assoluto della prescrizione con ricettario bianco.	100% Comunicazione obbligo ai medici specialisti ambulatoriali dell'uso del ricettario SSN		10
<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.1 inventari Mat. Sanitario;  n.1 inventari Mat. non sanitario		10
<b>RISPETTO DEL PLAFOND TURNI DI PRONTA DISPONIBILITÀ E FONDO LAVORO STRAORDINARIO</b>	Ottimizzazione dei turni di servizio. Rispetto dei piani di Pronta Disponibilità deliberati e del plafond delle ore in regime di straordinario assegnate alla Macro-struttura.	Report attestante le ore rese in PD/ straordinario distinte per nominativo		10



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015-2017	Collaborazione con la Direzione Strategica e Monitoraggio a livello di macrostruttura delle attività per le realizzazioni e l' implementazione delle azioni previste dal SISTEMA DI VALUTAZIONE ESITI ( Ob.2 esiti Sub 2.1 ; 2.2 ; 2.3; 2.4.	N. 1 Stesura Protocollo Operativo finalizzato alla raggiungimento Obiettivo Esiti.		
MONITORAGGIO PILASTRO DEL PERSONALE	Gestione trasferimenti interni del personale	Comunicazione 100% dei trasferimenti interni del personale secondo nota 47760 del 27/06/2014 e precedenti note del Commissario Straordinario.		
Miglioramento performance organizzativa, dell'appropriatezza dei ricoveri e riduzione della mobilità passiva Attività di vigilanza, controllo e verifica SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015-2017	Costante monitoraggio flussi di mobilità attiva e trasferimenti fuori provincia. Monitoraggio liste di attesa e contenimento dei tempi di attesa entro i limiti previsti dalla normativa.	Report (comprensivo del 1°-2°- 3° 4° trimestre)		
Attività di vigilanza, controllo e verifica	Controlli trimestrali e verifica vitto e servizi di pulizia.	n.4 verbali		
	Aree Critiche: Programmazione Controllo e Verifica Interna. Analisi dei dati elaborati dalla Patologia Clinica con eventuali interventi correttivi di carattere igienico sanitario in caso di dati anomali.	n.4 report		





# DIPARTIMENTI DI EMERGENZA

## AG 1

## AG 2

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



## *Dipartimento Funzionale Emergenza AG 1 / AG 2*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<p>IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, CON ALMENO N. 2 AUDIT CON GLI OPERATORI INTERESSATI</p> <p>VERIFICA DELLA IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, SECONDO GLI INDICATORI E I CRITERI ESPRESSI IN FASE DI CONTRATTAZIONE</p>	<p>Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili sulle cartelle cliniche in sede di verifica degli obbiettivi</p>	<p>N. 2 Verballi Audit</p> <p>N.2 Verifiche</p>		
<p>RIMODULAZIONE DEI PRONTO SOCCORSO SECONDO ORGANIZZAZIONE DEGLI OSPEDALI RIUNITI</p>	<p>Riorganizzazione dei pronto soccorso ospedalieri secondo logica degli ospedali civili riuniti così come previsto dal nuovo piano della rimodulazione della rete ospedaliera regionale</p>	<p>N. 1 Atto di rimodulazione</p>		
<p>SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2014-2015</p>	<p>Monitoraggio e supporto di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema di Valutazione Agenas 2014 e 2015 degli obiettivi del Direttore Generale finalizzati a rimuovere eventuali criticità di pertinenza del proprio Dipartimento.</p>	<p>100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal Sistema di Valutazione AGENAS e PAA 2015/2017</p>		



*UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Agrigento*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
ANEURISMA DISSECANTE DELL'AORTA ADDOMINALE (in condivisione con la CHIRURGIA VASCOLARE)  TRASPORTO DEL PAZIENTE IN RADIOLOGIA PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI DIAGNOSTICHE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA n. 3 riunioni  Implementazione n.1 Protocollo n. 3 riunioni		
OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DI PRONTO SOCCORSO -PAA 2015	IMPLEMENTAZIONE O REVISIONE DI PROCEDURE GESTIONALI;  ADOZIONI DI POLITICHE PER LA NORMALIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER CODICI GIALLI E VERDI. PAA 2015	Implementazione n. 3 riunioni  Implementazione n. 3 riunioni		
REALIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI PER PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO	Linee: -Comunicazione, -Triage; -Elettrocardiografie di urgenza; -Emogasanalisi; -Ventilazione non invasiva.	N.1 riunione per singola linea (folder, dépliant, riviste, brochure, materiale informativo).		
ALLINEAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA AGLI STANDARD DI RIFERIMENTO	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo codice di accesso(Triage)	Report trimestrale		
MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
OTTIMALE OCCUPAZIONE POSTI LETTO RIDUZIONE RICOVERI INAPPROPRIATI	Piena utilizzazione dei posti letto tecnici (di astanteria e OBI) finalizzata alla riduzione dei ricoveri inappropriati;	Tasso di occupazione posti letto tecnici 90%		



*UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza P.O. Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
ANEURISMA DISSECANTE DELL'AORTA ADDOMINALE (in condivisione con la CHIRURGIA VASCOLARE)  TRASPORTO DEL PAZIENTE IN RADIOLOGIA PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI DIAGNOSTICHE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA n. 3 riunioni  Implementazione n.1 Protocollo n. 3 riunioni		
OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DI PRONTO SOCCORSO -PAA 2015	IMPLEMENTAZIONE O REVISIONE DI PROCEDURE GESTIONALI;  ADOZIONI DI POLITICHE PER LA NORMALIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER CODICI GIALLI E VERDI. PAA 2015	Implementazione n. 3 riunioni  Implementazione n. 3 riunioni		
REALIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI PER PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO ALLINEAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA AGLI STANDARD DI RIFERIMENTO	Linee: -Comunicazione, -Triage; -Elettrocardiografie di urgenza; -Emogasanalisi; -Ventilazione non invasiva.	N.1 riunione per singola linea (folder, dépliant, riviste, brochure, materiale informativo).		
	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo codice di accesso(Triage)	Report trimestrale		
MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
OTTIMALE OCCUPAZIONE POSTI LETTO RIDUZIONE RICOVERI INAPPROPRIATI	Piena utilizzazione dei posti letto tecnici (di astanteria e OBI) finalizzata alla riduzione dei ricoveri inappropriati;	Tasso di occupazione posti letto tecnici 90%		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
ANEURISMA DISSECANTE DELL'AORTA ADDOMINALE (in condivisione con la CHIRURGIA VASCOLARE)  TRASPORTO DEL PAZIENTE IN RADIOLOGIA PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI DIAGNOSTICHE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA n. 3 riunioni  Implementazione n.1 Protocollo n. 3 riunioni		
OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DI PRONTO SOCCORSO -PAA 2015	IMPLEMENTAZIONE O REVISIONE DI PROCEDURE GESTIONALI;  ADOZIONI DI POLITICHE PER LA NORMALIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER CODICI GIALLI E VERDI. PAA 2015	Implementazione n. 3 riunioni  Implementazione n. 3 riunioni		
REALIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI PER PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO ALLINEAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA AGLI STANDARD DI RIFERIMENTO	Linee: -Comunicazione, -Triage; -Elettrocardiografie di urgenza; -Emogasanalisi; -Ventilazione non invasiva.	N.1 riunione per singola linea (folder, dépliant, riviste, brochure, materiale informativo).		
	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo codice di accesso(Triage)	Report trimestrale		
MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
OTTIMALE OCCUPAZIONE POSTI LETTO RIDUZIONE RICOVERI INAPPROPRIATI	Piena utilizzazione dei posti letto tecnici (di astanteria e OBI) finalizzata alla riduzione dei ricoveri inappropriati;	Tasso di occupazione posti letto tecnici 90%		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
ANEURISMA DISSECANTE DELL'AORTA ADDOMINALE (in condivisione con la CHIRURGIA VASCOLARE)  TRASPORTO DEL PAZIENTE IN RADIOLOGIA PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI DIAGNOSTICHE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA n. 3 riunioni  Implementazione n.1 Protocollo n. 3 riunioni		
OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DI PRONTO SOCCORSO -PAA 2015	IMPLEMENTAZIONE O REVISIONE DI PROCEDURE GESTIONALI;  ADOZIONI DI POLITICHE PER LA NORMALIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER CODICI GIALLI E VERDI. PAA 2015	Implementazione n. 3 riunioni  Implementazione n. 3 riunioni		
REALIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI PER PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO ALLINEAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA AGLI STANDARD DI RIFERIMENTO	Linee: -Comunicazione, -Triage; -Elettrocardiografie di urgenza; -Emogasanalisi; -Ventilazione non invasiva.	N.1 riunione per singola linea (folder, dépliant, riviste, brochure, materiale informativo).		
	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo codice di accesso(Triage)	Report trimestrale		
MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
OTTIMALE OCCUPAZIONE POSTI LETTO RIDUZIONE RICOVERI INAPPROPRIATI	Piena utilizzazione dei posti letto tecnici (di astanteria e OBI) finalizzata alla riduzione dei ricoveri inappropriati;	Tasso di occupazione posti letto tecnici 90%		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>ANEURISMA DISSECANTE DELL'AORTA ADDOMINALE (in condivisione con la CHIRURGIA VASCOLARE)</b>	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA n. 3 riunioni		
<b>TRASPORTO DEL PAZIENTE IN RADIOLOGIA PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI DIAGNOSTICHE</b>		Implementazione Protocollo n. 3 riunioni		
<b>OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DI PRONTO SOCCORSO -PAA 2015</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE O REVISIONE DI PROCEDURE GESTIONALI;</b>	Implementazione n. 3 riunioni		
	<b>ADOZIONI DI POLITICHE PER LA NORMALIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER CODICI GIALLI E VERDI. PAA 2015</b>	Implementazione n. 3 riunioni		
<b>REALIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI PER PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO ALLINEAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA AGLI STANDARD DI RIFERIMENTO</b>	Linee: -Comunicazione, -Triage; -Elettrocardiografie di urgenza; -Emogasanalisi; -Ventilazione non invasiva.	N.1 riunione per singola linea (folder, dépliant, riviste, brochure, materiale informativo).		
	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo codice di accesso(Triage)	Report trimestrale		
<b>MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA</b>	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
<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%		





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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Rete IMA PAA 2015  CAMPIONAMENTO DI SANGUE ARTERIOSO E VENOSO	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA n. 3 riunioni  Implementazione Protocollo n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2013 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2013 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al n. totale dimessi con patologie target		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2015 OTTIMIZZAZIONE DIPARTIMENTO DI MEDICINA	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Rete IMA PAA 2015  CAMPIONAMENTO DI SANGUE ARTERIOSO E VENOSO	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA n. 3 riunioni  Implementazione Protocollo n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2013 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2013 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al n. totale dimessi con patologie target		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2015 OTTIMIZZAZIONE DIPARTIMENTO DI MEDICINA	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Rete IMA PAA 2015  CAMPIONAMENTO DI SANGUE ARTERIOSO E VENOSO	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA n. 3 riunioni  Implementazione Protocollo n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2013 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2013 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al n. totale dimessi con patologie target		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2015 OTTIMIZZAZIONE DIPARTIMENTO DI MEDICINA	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



### UOC Emodinamica AG 1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
IMA (in condivisione con EMODINAMICA)  PREPARAZIONE DEL PAZIENTE ALLE PROCEDURE INVASIVE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA n. 3 riunioni  Implementazione Procedure n. 3 riunioni		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2015 - TEMPESTIVITÀ PTCA NEI CASI DI IMA STEMI	Tempestività di esecuzione di trombolisi percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo ( differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno.	N° di PTCA effettuate entro un intervallo di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI diviso n. totale di I.M.A. STEMI diagnosticati su pazienti residenti nella provincia. Valore obiettivo 100%.		
RETE IMA	Attivare il percorso di integrazione con le strutture della rete IMA	Report e Verbali Audit		
ANDAMENTO TEMPORALE DI VOLUMI DI PRESTAZIONI	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	Report trimestrale		
ALLINEAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA AGLI STANDARD DI RIFERIMENTO	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione in sinergia con la UOC di Cardiologia	Report trimestrale		
MONITORAGGIO TEMPORALE DEL COSTO PER PRESTAZIONE	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione	Report trimestrale		
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%		



## UOC Emodinamica AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
IMA (in condivisione con EMODINAMICA)  PREPARAZIONE DEL PAZIENTE ALLE PROCEDURE INVASIVE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA n. 3 riunioni  Implementazione Procedure n. 3 riunioni		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2015 - TEMPESTIVITÀ PTCA NEI CASI DI IMA STEMI	Tempestività di esecuzione di trombolisi percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo ( differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno.	N° di PTCA effettuate entro un intervallo di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI diviso n. totale di I.M.A. STEMI diagnosticati su pazienti residenti nella provincia. Valore obiettivo 100%.		
RETE IMA	Attivare il percorso di integrazione con le strutture della rete IMA	Report e Verbali Audit		
ANDAMENTO TEMPORALE DI VOLUMI DI PRESTAZIONI	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione	Report trimestrale		
ALLINEAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA AGLI STANDARD DI RIFERIMENTO	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione in sinergia con la UOC di Cardiologia	Report trimestrale		
MONITORAGGIO TEMPORALE DEL COSTO PER PRESTAZIONE	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione	Report trimestrale		
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%		



UOC UTIN P.O. di Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PESO %
DISTRESS RESPIRATORIO  REPERIMENTO DI ACCESSO VENOSO CENTRALE NEL NEONATO  NUTRIZIONE PARENTERALE NEONATALE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione con n. 2 riunioni  Implementazione con n. 2 riunioni  Implementazione con n. 2 riunioni		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2015 SUB-OBIETTIVO 2.2- PARTI CESARI: RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DEI PARTI CESARI SU PARTI DI DONNE NON CESARIZZATE.  PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO SUB-OBIETTIVO 3.4 RISPETTO STANDARD DI SICUREZZA PN.	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) <b>a) Nei PN senza UTIN:</b> -) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale a 34 settimane compiute, con ricovero per più di un giorno; -) Ridurre il tasso di appropriatezza dei neonati pretermine entro 72 ore. <b>b) Nei PN con UTIN:</b> - Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio dei neonati da terapia intensiva a patologia neonatale nel corso del ciclo di cura; - Definire criteri di ricovero in TIN cod. 73 e Patologia Neonatale cod. 62 e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.	Raggiungimento Valore Obiettivo =< 20% N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne con nessun pregresso cesario. <b>1)</b> Numero dei nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno); <b>2)</b> Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita; <b>3)</b> Formalizzazione di un documento su modello proposto da Assessorato con criteri di ricovero in TIN (cod.73) e Patologia Neonatale (cod.62), comprensivo degli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione; <b>4)</b> Elaborazione di un Report di monitoraggio con indicatori del documento di cui al punto 3, con i risultati relativi al quarto trimestre per la validazione del processo e la definizione della baseline; <b>5)</b> Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)		
TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DEL PERCORSO NASCITA ATTIVAZIONE E MESSA A REGIME DEL MODELLO ORGANIZZATIVO STEN	Integrazione funzionale con i punti nascita e con la rete territoriale dell'emergenza secondo cronoprogramma progettuale PON 2011 8.1	100%		
SCREENING NEONATALE	Attuazione politiche di screening neonatale su popolazione da 0 a 30 gg. Dd vita: Screening Neonatale di Legge; Screening Audiologico;	= >90% dell' intera popolazione neonatale		



## Anestesia e Rianimazione AG 1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
INDICAZIONI ALLA INTUBAZIONE ORO-TRACHEALE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
RAZIONALE UTILIZZO DELLE RISORSE	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 garantendo in ogni caso la tempestività dell'intervento per la frattura femore over 65 anni da effettuarsi entro un intervallo di tempo da 0 a 2 giorni. Obiettivo 2 Esiti Sub-obiettivo 2.1	% sedute operatorie programmate garantite > 95		
RETE REGIONALE TRAPIANTI RETE REGIONALE TRAPIANTI	Espletamento N. 1 corsi di Formazione sulla donazione per il personale aziendale.	N. 1 Corso		
	Censimento di tutti i decessi da neurolesione grave nei P.O. dell'ASP- Accertamento morte encefalica con metodo neurologico in tutti i potenziali donatori.  Procedura per accoglienza e supporto ai familiari dei degenti nelle Unità di Rianimazione P.O. Agrigento -P.O. Sciacca	N. di donatori segnalati; N. di donatori procurati.  N. Accertamenti  N.1 procedura realizzata		
RETE TERAPIA DEL DOLORE	Implementazione del percorso di attivazione delle terapie del dolore Adesione al programma regionale Ospedale territorio senza dolore ed attivazione di percorsi specifici della terapie del dolore garantendo il necessario supporto professionale alle strutture della rete.	N.1 Progetto		
RETE PUNTI NASCITA	Attivazione Partoanalgesia.	% di partoanalgesie effettuate/totale parti >25%		





## Anestesia e Rianimazione AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
INDICAZIONI ALLA INTUBAZIONE ORO-TRACHEALE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
RAZIONALE UTILIZZO DELLE RISORSE	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 garantendo in ogni caso la tempestività dell'intervento per la frattura femore over 65 anni da effettuarsi entro un intervallo di tempo da 0 a 2 giorni. Obiettivo 2 Esiti Sub-obiettivo 2.1	% sedute operatorie programmate garantite > 95		
RETE REGIONALE TRAPIANTI RETE REGIONALE TRAPIANTI	Espletamento N. 1 corsi di Formazione sulla donazione per il personale aziendale.	N. 1 Corso		
	Censimento di tutti i decessi da neurolesione grave nei P.O. dell'ASP- Accertamento morte encefalica con metodo neurologico in tutti i potenziali donatori.  Procedura per accoglienza e supporto ai familiari dei degenti nelle Unità di Rianimazione P.O. Agrigento -P.O. Sciacca	N. di donatori segnalati; N. di donatori procurati.  N. Accertamenti  N.1 procedura realizzata		
RETE TERAPIA DEL DOLORE	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.	N.1 Progetto		
RETE PUNTI NASCITA	Attivazione Partoanalgesia.	% di partoanalgesie effettuate/totale parti >25%		



## Patologia Clinica AG 1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>MONITORAGGIO ANTIBIOTICO RESISTENZA - ALTERNATIVA IN CASO DI FLOP INFORMATICO</b>	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
<b>MANTENIMENTO DELL'OFFERTA</b>	Ottimizzazione dei tempi di esecuzione degli esami. Mantenimento della offerta per gli utenti esterni pari ai target raggiunti nel 2014.	Mantenimento prestazione per esterni pari ai target resi nel 2014.		
<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		
<b>ALLINEAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA AGLI STANDARD DI RIFERIMENTO</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione	Report trimestrale		
<b>MONITORAGGIO TEMPORALE DEL COSTO PER PRESTAZIONE (RIBALTAMENTO DEI COSTI)</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione (Ribaltamento dei costi)	Report trimestrale		
<b>ATTIVITA' DI VIGILANZA, CONTROLLO E VERIFICA</b>	Aree Critiche: Programmazione Controllo e Verifica Interna. Elaborazione report di rilevazioni microbiologiche scaturenti dal monitoraggio periodico di Aree Critiche;	N. 6 monitoraggi		
	Elaborazione report infezioni ospedaliere, comunicazione alert unità operative interessate	N.12 monitoraggi		
<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° 2 atti		



## Patologia Clinica AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<b>MONITORAGGIO ANTIBIOTICO RESISTENZA - ALTERNATIVA IN CASO DI FLOP INFORMATICO</b>	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
<b>MANTENIMENTO DELL'OFFERTA</b>	Ottimizzazione dei tempi di esecuzione degli esami. Mantenimento della offerta per gli utenti esterni pari ai target raggiunti nel 2014.	Mantenimento prestazione per esterni pari ai target resi nel 2014.		
<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 Miglioramneto		
<b>ALLINEAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA AGLI STANDARD DI RIFERIMENTO</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione	Report trimestrale		
<b>MONITORAGGIO TEMPORALE DEL COSTO PER PRESTAZIONE (RIBALTAMENTO DEI COSTI)</b>	Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione(Ribaltamento dei costi)	Report trimestrale		
<b>ATTIVITA' DI VIGILANZA, CONTROLLO E VERIFICA</b>	Aree Critiche: Programmazione Controllo e Verifica Interna. Elaborazione report di rilevazioni microbiologiche scaturenti dal monitoraggio periodico di Aree Critiche;  Elaborazione report infezioni ospedaliere, comunicazione allert unità operative interessate	N. 6 monitoraggi  N.12 monitoraggi		



*UOC Medicina Trasfusionale PO Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	Predisposizione e applicazione/revisione di atti secondo DA 384/11	ACCREDITAMENTO STRUTTURE TRASFUSIONALI E UNITA' DI RACCOLTE ASSOCIATIVE		
POTENZIAMENTO RETE TRASFUSIONALE	Consolidamento del Sistema Gestione di Qualità Aziendale dei Servizi Trasfusionali della ASP secondo DA 1141/10	n.4 Audit		
CONSOLIDAMENTO RETE EMOGLOBINOPATIE	Incontri della equipe multi-disciplinare e stesura di linee guida; Campagna prevenzione Emoglobinopatie	Stesura N.2 Linee Guida N.2 Eventi		
BUON USO DEL SANGUE	Vigilanza e verifica sul rispetto delle linee guida aziendali sul consumo appropriato di emocomponenti e prodotti plasma derivati	Aggiornamento Comitato Buon Uso Redazione di n.3 linee guida Aziendale N.2 incontri		
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2014-2015	Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza al PAA/ Sistema di Valutazione AGENAS 2014-2015	100%N. azioni completate/ N. azioni previste dal Sistema di Valutazione AGENAS e PAA 2014/2015		



## UOC Medicina Trasfusionale Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	Predisposizione e applicazione/revisione di atti secondo DA 384/11	ACCREDITAMENTO STRUTTURE TRASFUSIONALI E UNITA' DI RACCOLTE ASSOCIATIVE		
POTENZIAMENTO RETE TRASFUSIONALE	Consolidamento del Sistema Gestione di Qualità Aziendale dei Servizi Trasfusionali della ASP secondo DA 1141/10	n.4 Audit		
CONSOLIDAMENTO RETE EMOGLOBINOPATIE	Incontri della equipe multi-disciplinare e stesura di linee guida;  Campagna prevenzione Emoglobinopatie	Stesura N.2 Linee Guida  N.2 Eventi		
BUON USO DEL SANGUE	Vigilanza e verifica sul rispetto delle linee guida aziendali sul consumo appropriato di emocomponenti e prodotti plasma derivati	Aggiornamento Comitato Buon Uso Redazione di n.3 linee guida Aziendale N.2 incontri		
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2014-2015	Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza al PAA/ Sistema di Valutazione AGENAS 2014-2015	100%N. azioni completate/ N. azioni previste dal Sistema di Valutazione AGENAS e PAA 2014/2015		



## Medicina Trasfusionale PO Canicattì

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	Predisposizione e applicazione/revisione di atti secondo DA 384/11	ACCREDITAMENTO STRUTTURE TRASFUSIONALI E UNITA' DI RACCOLTE ASSOCIATIVE		
POTENZIAMENTO RETE TRASFUSIONALE	Consolidamento del Sistema Gestione di Qualità Aziendale dei Servizi Trasfusionali della ASP secondo DA 1141/10	n.4 Audit		
CONSOLIDAMENTO RETE EMOGLOBINOPATIE	Incontri della equipe multi-disciplinare e stesura di linee guida; Campagna prevenzione Emoglobinopatie	Stesura N.2 Linee Guida N.2 Eventi		
BUON USO DEL SANGUE	Vigilanza e verifica sul rispetto delle linee guida aziendali sul consumo appropriato di emocomponenti e prodotti plasma derivati	Aggiornamento Comitato Buon Uso Redazione di n.3 linee guida Aziendale N.2 incontri		
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2014-2015	Implementazione e realizzazione di tutte le attività di pertinenza al PAA/ Sistema di Valutazione AGENAS 2014-2015	100%N. azioni completate/ N. azioni previste dal Sistema di Valutazione AGENAS e PAA 2014/2015		



# 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 %
IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, CON ALMENO N. 2 AUDIT CON GLI OPERATORI INTERESSATI	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili sulle cartelle cliniche in sede di verifica degli obiettivi	N. 2 Verbali Audit		
VERIFICA DELLA IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, SECONDO GLI INDICATORI E I CRITERI ESPRESSI IN FASE DI CONTRATTAZIONE		N.2 Verifiche		
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2014-2015	Monitoraggio e supporto di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema di Valutazione Agenas 2014 e 2015 degli obiettivi del Direttore Generale finalizzati a rimuovere eventuali criticità di pertinenza del proprio Dipartimento.	100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal Sistema di Valutazione AGENAS e PAA 2014/2015		





## Radiodiagnostica AG 1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Volumi quali quantitativi di prestazioni radiologiche per esterni e per degenti	Volumi quali/quantitativi di prestazioni versus 2014	Rapporto N° totale prestazioni 2015/ N° totale prestazioni 2014 uguale o maggiore a 1		
IMPLEMENTAZIONE DEI PROGETTI TELETAC SETT (ove attivati)	Sviluppo della rete virtuale attraverso il consumo in FIRST OPINION (Telemedicina)	Registro d'area		
Monitoraggio dell'andamento temporale dei volumi di prestazioni con ribaltamento dei costi per UU.OO	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazioni con ribaltamento dei costi alle UU.OO	Report trimestrale		
Tempistica di esecuzione e refertazione di esami diagnostici in urgenza per pazienti degenti	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze.	Stesura di N. 1 Linea Guida		

## Radiodiagnostica AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Volumi quali quantitativi di prestazioni radiologiche per esterni e per degenti	Volumi quali/quantitativi di prestazioni versus 2014	Rapporto N° totale prestazioni 2015/ N° totale prestazioni 2014 uguale o maggiore a 1		
IMPLEMENTAZIONE DEI PROGETTI TELETAC SETT (ove attivati)	Sviluppo della rete virtuale attraverso il consumo in FIRST OPINION (Telemedicina)	Registro d'area		
Monitoraggio dell'andamento temporale dei volumi di prestazioni con ribaltamento dei costi per UU.OO	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazioni con ribaltamento dei costi alle UU.OO	Report trimestrale		
Tempistica di esecuzione e refertazione di esami diagnostici in urgenza per pazienti degenti	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze.	Stesura di N. 1 Linea Guida		



## UOC Medicina Nucleare PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
VOLUMI QUALI QUANTITATIVI DI PRESTAZIONI MEDICO NUCLEARE PER ESTERNI E PER DEGENTI	Volumi quali/quantitativi di prestazioni versus 2014	rapporto N° totale prestazioni 2015/ N° totale prestazioni 2014 uguale o maggiore a 0,9.		
SCREENING MAMMARIO	Ricerca Linfonodi Sentinella	100% delle richieste pervenute		
ANDAMENTO TEMPORALE DEI VOLUMI DI PRESTAZIONE E MONITORAGGIO DEL COSTO PER PRESTAZIONE	Quantificazione puntuale dei volumi di prestazioni e del costo medio per prestazione	Report annuale		
ALLINEAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA AGLI STANDARDS DI RIFERIMENTO	Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione	Report annuale		

## UOS Fisica Sanitaria

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PREDISPOSIZIONE DI 10 REGISTRI SU RIFIUTI RADIOATTIVI IN MEDICINA NUCLEARE	Garantire la completa tracciabilità dei Rifiuti radioattivi prodotti nelle attività medico Nucleare	Registrazione tutti i percorsi dei rifiuti Radioattivi dai reparti al conferimento a ditta specializzata/autorizzata)		
ADEGUAMENTO STANDARD DI SICUREZZA IN RISONANZA MAGNETICA INAIL DEL 31/10/2013 E ULTIMI SUGGERIMENTI DEI VV.FF)	Predisposizione Regolamento di Sicurezza in RM. Standard per tutte le in Risonanze Magnetiche dell'ASP	Trasferimento Norme con spiegazione al personale che a vario titolo lavora in RM		
IMPLEMENTAZIONE PROTOCOLLO UNIFICATO CONTROLLI DI QUALITÀ PER TUTTE LE TC DELL'ASP DI AGRIGENTO SECONDO NORME NEMA	Predisposizione dei protocolli secondo normativa vigente e applicabili a tutti i modelli delle TC dell'ASP	Effettuare tutti i controlli con il protocolli implementati		
IMPLEMENTAZIONE STANDARDIZZATA MISURE DI SHIELDING EFFECTIVENESS GABBIE DI FARADAY TOMOGRAFI A RISONANZA MAGNETICA	Applicare i protocolli a tutte le Gabbie di Faraday dei Tomografo a Risonanza Magnetica dell'ASP di Agrigento	Effettuare tutti i controlli con il protocolli implementati		



# DIPARTIMENTO DI MEDICINA

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



## DIPARTIMENTO DI MEDICINA AG1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<p><b>PROMOZIONE DELLA CULTURA DIPARTIMENTALE:</b></p> <p>- IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, CON ALMENO N. 2 AUDIT CON GLI OPERATORI INTERESSATI</p> <p>- VERIFICA DELLA IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, SECONDO GLI INDICATORI E I CRITERI ESPRESSI IN FASE DI CONTRATTAZIONE</p>	<p><b>OTTIMIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI: PAA2015.</b></p> <p>Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili sulle cartelle cliniche in sede di verifica degli obbiettivi</p>	<p>≥ N. 2 Verbali Audit organizzativi</p> <p>≥ N.2 Verifiche</p>		
<p><b>BED MANAGEMENT MIGLIORAMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA</b></p>	<p>Riduzione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intraregionale anno 2014 ASP Agrigento</p>	<p>N.1 Azione di miglioramento per ogni DRG Critico di pertinenza del Dipartimento di Medicina</p>		
<p><b>SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2014-2015</b></p>	<p>Monitoraggio e supporto di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema di Valutazione Agenas 2014 e 2015 degli obbiettivi del Direttore Generale finalizzati a rimuovere eventuali criticità di pertinenza del proprio Dipartimento.</p>	<p>100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal Sistema di Valutazione AGENAS e PAA 2014/2015</p>		



## DIPARTIMENTO DI MEDICINA AG2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<p><b>PROMOZIONE DELLA CULTURA DIPARTIMENTALE:</b></p> <p>- IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, CON ALMENO N. 2 AUDIT CON GLI OPERATORI INTERESSATI</p> <p>- VERIFICA DELLA IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, SECONDO GLI INDICATORI E I CRITERI ESPRESSI IN FASE DI CONTRATTAZIONE</p>	<p><b>OTTIMIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI: PAA2015.</b></p> <p>Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili sulle cartelle cliniche in sede di verifica degli obbiettivi</p>	<p>≥ N. 2 Verbali Audit organizzativi</p> <p>≥ N.2 Verifiche</p>		
<p><b>BED MANAGEMENT MIGLIORAMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA</b></p>	<p>Riduzione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intraregionale anno 2014 ASP Agrigento</p>	<p>N.1 Azione di miglioramento per ogni DRG Critico di pertinenza del Dipartimento di Medicina</p>		
<p><b>SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2014-2015</b></p>	<p>Monitoraggio e supporto di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema di Valutazione Agenas 2014 e 2015 degli obbiettivi del Direttore Generale finalizzati a rimuovere eventuali criticità di pertinenza del proprio Dipartimento.</p>	<p>100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal Sistema di Valutazione AGENAS e PAA 2014/2015</p>		



*U.O.C. Cardiologia P.O. Agrigento*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Rete IMA PAA 2014- 2015  CAMPIONAMENTO DI SANGUE ARTERIOSO E VENOSO	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al totale dei dimessi con patologie target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014-2015 ESISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



*U.O.C. Cardiologia PO Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Rete IMA PAA 2014- 2015  CAMPIONAMENTO DI SANGUE ARTERIOSO E VENOSO	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al totale dei dimessi con patologie target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014-2015 ESISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		





## U.O.C. Cardiologia PO Canicatti

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Rete IMA PAA 2014- 2015  CAMPIONAMENTO DI SANGUE ARTERIOSO E VENOSO	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al totale dei dimessi con patologie target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014-2015 ESISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



## U.O.C. Cardiologia PO Licata

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
Rete IMA PAA 2014- 2015  CAMPIONAMENTO DI SANGUE ARTERIOSO E VENOSO	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al totale dei dimessi con patologie target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014-2015 ESISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



U. O.C. Medicina PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni  Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al totale dei dimessi con patologie target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014- 2015 ESISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



*U. O.C. Medicina PO Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni  Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day-Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al totale dei dimessi con patologie target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014- 2015 ESISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



U. O.C. Medicina PO Canicattì

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni  Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al totale dei dimessi con patologie target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014- 2015 ESISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



*U. O.C. Medicina PO Licata*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni  Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day-Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al totale dei dimessi con patologie target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014- 2015 ESISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



*U. O.C. Medicina PO Ribera*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni  Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day-Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % rispetto al totale dei dimessi con patologie target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014- 2015 E SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Promozione della cultura dipartimentale	N.1 verbale di audit organizzativo con il Capo Dipartimento		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	a. Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni  Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day-Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2013 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	d. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014 2015 E SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Secondo Cronoprogramma	N.1 Redazione Modello Organizzativo U.O. Presidio Ospedaliero di Agrigento in funzione della rete regionale nefrologica.		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		





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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day-Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2013 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	d. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014 - 2015 E SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Secondo Cronoprogramma	N.1 Redazione Modello Organizzativo U.O. Presidio Ospedaliero di Agrigento in funzione della rete regionale nefrologica.		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



## U.O.C Pediatria PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PES O %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b.Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	d. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 SUB-OBIETTIVO 2.2- PARTI CESARI: RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DEI PARTI CESARI SU PARTI DI DONNE NON CESARIZZATE. PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO SUB-OBIETTIVO 3.4 RISPETTO STANDARD DI SICUREZZA PN.	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) <b>a) Nei PN senza UTIN:</b> -) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale a 34 settimane compiute, con ricovero per più di un giorno; -) Ridurre il tasso di appropriatezza dei neonati pretermine entro 72 ore. <b>b) Nei PN con UTIN:</b> - Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio dei neonati da terapia intensiva a patologia neonatale nel corso del ciclo di cura; - Definire criteri di ricovero in TIN cod. 73 e Patologia Neonatale cod. 62 e gli indicatore per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.	Raggiungimento Valore Obiettivo =< 20% N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne con nessun pregresso cesario. 1) Numero dei nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno); 2) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita; 3) Formalizzazione di un documento su modello proposto da Assessorato con criteri di ricovero in TIN (cod.73) e Patologia Neonatale (cod.62), comprensivo degli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione; 4) Elaborazione di un Report di monitoraggio con indicatori del documento di cui al punto 3, con i risultati relativi al quarto trimestre per la validazione del processo e la definizione della baseline; 5) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014-2015 E SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2015 Report trimestrale		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% dei pazienti dimessi con terapia farmacologica		



U.O.C. Pediatria P.O. Sciacca

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PES O %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b.Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	d. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 SUB-OBIETTIVO 2.2- PARTI CESARI: RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DEI PARTI CESARI SU PARTI DI DONNE NON CESARIZZATE. PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO SUB-OBIETTIVO 3.4 RISPETTO STANDARD DI SICUREZZA PN.	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) <b>a) Nei PN senza UTIN:</b> -) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale a 34 settimane compiute, con ricovero per più di un giorno; -) Ridurre il tasso di appropriatezza dei neonati pretermine entro 72 ore. <b>b) Nei PN con UTIN:</b> - Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio dei neonati da terapia intensiva a patologia neonatale nel corso del ciclo di cura; - Definire criteri di ricovero in TIN cod. 73 e Patologia Neonatale cod. 62 e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.	Raggiungimento Valore Obiettivo =< 20% N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne con nessun pregresso cesario. 1) Numero dei nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno); 2) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita; 3) Formalizzazione di un documento su modello proposto da Assessorato con criteri di ricovero in TIN (cod.73) e Patologia Neonatale (cod.62), comprensivo degli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione; 4) Elaborazione di un Report di monitoraggio con indicatori del documento di cui al punto 3, con i risultati relativi al quarto trimestre per la validazione del processo e la definizione della baseline; 5) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014-2015 E SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2015 Report trimestrale		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% dei pazienti dimessi con terapia farmacologica		



## U.O.C Pediatria PO Canicattì

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PES O %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b.Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	d. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 SUB-OBIETTIVO 2.2- PARTI CESARI: RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DEI PARTI CESARI SU PARTI DI DONNE NON CESARIZZATE. PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO SUB-OBIETTIVO 3.4 RISPETTO STANDARD DI SICUREZZA PN.	Parti cesari eseguiti in misura inferiore al 20% del totale di parti delle non cesarizzate. Assicurare il costante collegamento al Web Site PNE (Piano Nazionale Esiti) <b>a) Nei PN senza UTIN:</b> -) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale a 34 settimane compiute, con ricovero per più di un giorno; -) Ridurre il tasso di appropriatezza dei neonati pretermine entro 72 ore. <b>b) Nei PN con UTIN:</b> - Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio dei neonati da terapia intensiva a patologia neonatale nel corso del ciclo di cura; - Definire criteri di ricovero in TIN cod. 73 e Patologia Neonatale cod. 62 e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.	Raggiungimento Valore Obiettivo =< 20% N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne con nessun pregresso cesario. 1) Numero dei nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno); 2) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita; 3) Formalizzazione di un documento su modello proposto da Assessorato con criteri di ricovero in TIN (cod.73) e Patologia Neonatale (cod.62), comprensivo degli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione; 4) Elaborazione di un Report di monitoraggio con indicatori del documento di cui al punto 3, con i risultati relativi al quarto trimestre per la validazione del processo e la definizione della baseline; 5) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014-2015 E SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2015 Report trimestrale		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% dei pazienti dimessi con terapia farmacologica		



U.O.C Pediatria PO Licata

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PES O %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI n. 3 riunioni		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b.Mantenimento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014	N. DRG medici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	d. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 SUB-OBIETTIVO 2.2- PARTI CESARI: RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DEI PARTI CESARI SU PARTI DI DONNE NON CESARIZZATE. PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO SUB-OBIETTIVO 3.4 RISPETTO STANDARD DI SICUREZZA PN.	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) <b>a) Nei PN senza UTIN:</b> -) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale a 34 settimane compiute, con ricovero per più di un giorno; -) Ridurre il tasso di appropriatezza dei neonati pretermine entro 72 ore. <b>b) Nei PN con UTIN:</b> - Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio dei neonati da terapia intensiva a patologia neonatale nel corso del ciclo di cura; - Definire criteri di ricovero in TIN cod. 73 e Patologia Neonatale cod. 62 e gli indicatore per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.	Raggiungimento Valore Obiettivo =< 20% N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne con nessun pregresso cesario. 1) Numero dei nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno); 2) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita; 3) Formalizzazione di un documento su modello proposto da Assessorato con criteri di ricovero in TIN (cod.73) e Patologia Neonatale (cod.62), comprensivo degli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione; 4) Elaborazione di un Report di monitoraggio con indicatori del documento di cui al punto 3, con i risultati relativi al quarto trimestre per la validazione del processo e la definizione della baseline; 5) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014-2015 E SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2015 Report trimestrale		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% dei pazienti dimessi con terapia farmacologica		



*U.O.C. Oncologia PO Agrigento- Canicatti*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b.Riduzione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intraregionale anno 2014 ASP Agrigento	N.1 Azione di miglioramento per DRG Critico:  DRG 410 (chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di Leucemia Acuta);  DRG 404 (Linfoma e Leucemia non Acuta senza CC.).		
	c. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014-2015 E SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2015 Report trimestrale		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



U.O.C. Oncologia PO Sciacca

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b.Riduzione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intraregionale anno 2014 ASP Agrigento	N.1 Azione di miglioramento per DRG Critico:  DRG 410 (chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di Leucemia Acuta);  DRG 404 (Linfoma e Leucemia non Acuta senza CC.).		
	c. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ED AZIONI PREVISTE DAL PAA 2014-2015 E SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015	Secondo Cronoprogramma	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo 2015 Report trimestrale		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



## Dipartimento Riabilitazione e Cure intermedie

DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE E CURE INTERMEDIE				
OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2014-2015	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 Sistema di Valutazione AGENAS e PAA 2014/2015		
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° 1 Aggiornamento Portale. N° 1 Open Day P.O. Agrigento. N° 1 Opuscolo di Dipartimento.		





## UOC Medicina Riabilitativa P.O. Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015	a) Attivazione dei Posti Letto secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA);	Secondo cronoprogramma PAA		
	b) Implementazione di procedure gestionali per l'appropriatezza dei ricoveri in UU.OO. di Cure Intermedie.	Delibera di adozione		
	a) Attivazione dei Posti Letto secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA);	Secondo cronoprogramma PAA (subordinato all'adeguamento della dotazione organica del personale medico - infermieristico - riabilitazione e assistenziale)		
		Delibera di adozione		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015 BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2013 del 20%.		
	b. Scheda Dimissioni Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	c. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		



## UOS Medicina Riabilitativa PO Licata

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015	a) Attivazione dei Posti Letto secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA);	Secondo cronoprogramma PAA (subordinato all'adeguamento della dotazione organica del personale medico - infermieristico - riabilitazione e assistenziale)  Delibera di adozione		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2013 del 20%.		
	b. Scheda Dimissioni Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	c. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	d. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede (subordinato all'efficienza della rete informatica ospedaliera)		



## UOS Lungodegenza PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
ATTIVAZIONE SPERIMENTALE DEI PL LPA. RIABILITATIVA DEFINIZIONE DEI PERCORSI OPERATIVI ED INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA)	Secondo cronoprogramma PAA (subordinato all'adeguamento della dotazione organica del personale medico - infermieristico - riabilitazione e assistenziale)  Delibera di adozione		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	A. Scheda Dimissioni Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	B. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	C. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede (subordinato all'efficienza della rete informatica ospedaliera)		



## UOS Lungodegenza PO Canicatti

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
ATTIVAZIONE SPERIMENTALE DEI PL LPA. RIABILITATIVA DEFINIZIONE DEI PERCORSI OPERATIVI ED INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA)	Secondo cronoprogramma PAA (subordinato all'adeguamento della dotazione organica del personale medico - infermieristico - riabilitazione e assistenziale)  Delibera di adozione		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	A. Scheda Dimissioni Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	B. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	C. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede (subordinato all'efficienza della rete informatica ospedaliera)		



## UOS Hospice

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015-2017	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA e dal Sistema Valutazione Obiettivi Direttori Generali 2015 (Obiettivi Agenas) per l'area ospedaliera	100% N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo e dagli Obiettivi Agenas		
INCREMENTO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI AI VALORI RESI NEL 2014	Potenziamento ambulatorio Spoke			
RETE CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE (HUB E SPOKE)	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		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto			
	c. Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri e la riduzione di quelli inappropriati secondo normativa vigente.			
	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		
	Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		



## UOC Neurologia PO Agrigento

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2013 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b.Riduzione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intraregionale anno 2014 ASP Agrigento	N.1 Azione di miglioramento per DRG Critico:  DRG 12 (Malattie degenerative del Sistema Nervoso);  DRG 35 (Altre Malattie del Sistema Nervoso senza CC.).		
	c. Incremento quali-quantitativo dei DRG medici rispetto al 2014			
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
	RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)	



## DIPARTIMENTO CHIRURGIA AG 1

## DIPARTIMENTO CHIRURGIA AG 2

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



## Dipartimento Chirurgia AG1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<p><b>IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, CON ALMENO N. 2 AUDIT CON GLI OPERATORI INTERESSATI</b></p> <p><b>VERIFICA DELLA IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, SECONDO GLI INDICATORI E I CRITERI ESPRESSI IN FASE DI CONTRATTAZIONE</b></p>	<p>Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili sulle cartelle cliniche in sede di verifica degli obiettivi</p>	<p>N. 2 Verbali di Audit</p> <p>N.2 Verbali di Verifiche</p>		
<p><b>ATTIVAZIONE NUOVE PROCEDURE DIAGNOSTICHE TERAPEUTICHE</b></p>	<p>Individuazione personale da istruire, avvio dell'attività, raggiungimento della piena autonomia entro il 30/06/2015</p>			
<p><b>SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015-2017</b></p>	<p>Monitoraggio e supporto di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema di Valutazione Agenas 2015 e 2017 degli obiettivi del Direttore Generale finalizzati a rimuovere eventuali criticità di pertinenza del proprio Dipartimento.</p>	<p>100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal sistema di valutazione AGENAS e PAA</p>		
<p><b>COMPLESSO OPERATORIO</b></p>	<p>Ottimizzare le attività dei Complessi Operatori attraverso la formalizzazione di appositi percorsi condivisi</p>	<p>Ottimizzazione attività Sala Operatoria a supporto del obiettivo 2 esiti sub-obiettivo 2.1 frattura del femore over 65</p>		
		<p>Implementazione Check List e procedure di sterilizzazione e percorsi sporco pulito( di concerto con U.O. Rischio Clinico)</p>		





## Dipartimento Chirurgia AG2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
<p><b>IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, CON ALMENO N. 2 AUDIT CON GLI OPERATORI INTERESSATI</b></p> <p><b>VERIFICA DELLA IMPLEMENTAZIONE DI PDTA, LINEEGUIDA, PROCEDURE REDATTE DALLE UU.OO. AFFERENTI, SECONDO GLI INDICATORI E I CRITERI ESPRESSI IN FASE DI CONTRATTAZIONE</b></p>	<p>Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili sulle cartelle cliniche in sede di verifica degli obiettivi</p>	<p>N. 2 Verbali di Audit</p> <p>N.2 Verbali di Verifiche</p>		
<p><b>ATTIVAZIONE NUOVE PROCEDURE DIAGNOSTICHE TERAPEUTICHE</b></p>	<p>Individuazione personale da istruire, avvio dell'attività, raggiungimento della piena autonomia entro il 30/06/2015</p>			
<p><b>SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015-2017</b></p>	<p>Monitoraggio e supporto di tutte le attività ed azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale(PAA) e dal Sistema di Valutazione Agenas 2015 e 2017 degli obiettivi del Direttore Generale finalizzati a rimuovere eventuali criticità di pertinenza del proprio Dipartimento.</p>	<p>100% N. azioni completate/ N. azioni previste dal sistema di valutazione AGENAS e PAA</p>		
<p><b>COMPLESSO OPERATORIO</b></p>	<p>Ottimizzare le attività dei Complessi Operatori attraverso la formalizzazione di appositi percorsi condivisi</p>	<p>Ottimizzazione attività Sala Operatoria a supporto del obiettivo 2 esiti sub-obiettivo 2.1 frattura del femore over 65</p>		
		<p>Implementazione Check List e procedure di sterilizzazione e percorsi sporco pulito( di concerto con U.O. Rischio Clinico)</p>		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2013			
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
SCREENING ONCOLOGICI	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 positivi al K ( solo ove presente Medicina Nucleare)		
ATTIVAZIONE NUOVE PROCEDURE DIAGNOSTICHE TERAPEUTICHE	Individuazione personale da istruire, avvio dell'attività, raggiungimento della piena autonomia entro il 30/06/2015			
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2015 - COLICISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Proporzione di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	N. di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni/n. totale di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica. Valore obiettivo 100%.		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2013			
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
SCREENING ONCOLOGICI	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 positivi al K ( solo ove presente Medicina Nucleare)		
ATTIVAZIONE NUOVE PROCEDURE DIAGNOSTICHE TERAPEUTICHE	Individuazione personale da istruire, avvio dell'attività, raggiungimento della piena autonomia entro il 30/06/2015			
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2015 - COLICISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Proporzione di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	N. di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni/n. totale di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica. Valore obiettivo 100%.		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2013			
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
SCREENING ONCOLOGICI	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 positivi al K ( solo ove presente Medicina Nucleare)		
ATTIVAZIONE NUOVE PROCEDURE DIAGNOSTICHE TERAPEUTICHE	Individuazione personale da istruire, avvio dell'attività, raggiungimento della piena autonomia entro il 30/06/2015			
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2015 - COLICISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Proporzione di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	N. di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni/n. totale di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica. Valore obiettivo 100%.		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2013			
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
SCREENING ONCOLOGICI	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 positivi al K ( solo ove presente Medicina Nucleare)		
ATTIVAZIONE NUOVE PROCEDURE DIAGNOSTICHE TERAPEUTICHE	Individuazione personale da istruire, avvio dell'attività, raggiungimento della piena autonomia entro il 30/06/2015			
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2015 - COLICISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Proporzione di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	N. di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni/n. totale di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica. Valore obiettivo 100%.		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



*U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Ribera*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2013			
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
SCREENING ONCOLOGICI	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 positivi al K ( solo ove presente Medicina Nucleare)		
ATTIVAZIONE NUOVE PROCEDURE DIAGNOSTICHE TERAPEUTICHE	Individuazione personale da istruire, avvio dell'attività, raggiungimento della piena autonomia entro il 30/06/2015			
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2015 - COLICISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Proporzione di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	N. di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni/n. totale di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica. Valore obiettivo 100%.		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (>del 75%)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% ( dei casi previsti dalla normativa vigenti su i dimessi)		



*U.O.C. Urologia PO Agrigento*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	d. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		





*U.O.C. Urologia PO Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2013 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Incremento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	d. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



*U.O.C. Otorinolaringoiatria PO Agrigento- P.O. Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100% (Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



*U.O.C. Oculistica P.O. Agrigento*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA DELLE VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	Riduzione dei tempi di attesa delle visite con codice B e D	Visite non congrue <20%		



*U.O.C. Oculistica P.O. Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA DELLE VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	Riduzione dei tempi di attesa delle visite con codice B e D	Visite non congrue <20%		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 - TEMPESTIVITÀ INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI OVER 65 ANNI.	Effettuare entro 48h dal ricovero gli interventi di frattura femore su pazienti over 65 secondo direttiva Agenas Assicurare il costante collegamento al web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)	Raggiungimento Valore Obiettivo 100% N. interventi chirurgici eseguiti entro 0- 2 giorni dal ricovero / numero totale casi di frattura di femore du pazienti over 65		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 - TEMPESTIVITÀ INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI OVER 65 ANNI.	Effettuare entro 48h dal ricovero gli interventi di frattura femore su pazienti over 65 secondo direttiva Agenas Assicurare il costante collegamento al web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)	Raggiungimento Valore Obiettivo 100% N. interventi chirurgici eseguiti entro 0- 2 giorni dal ricovero / numero totale casi di frattura di femore du pazienti over 65		



*U.O.C Ortopedia e Traumatologia P.O. Licata*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub - Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 - TEMPESTIVITÀ INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI OVER 65 ANNI.	Effettuare entro 48h dal ricovero gli interventi di frattura femore su pazienti over 65 secondo direttiva Agenas Assicurare il costante collegamento al web Site PNE(Piano Nazionale Esiti)	Raggiungimento Valore Obiettivo 100% N. interventi chirurgici eseguiti entro 0- 2 giorni dal ricovero / numero totale casi di frattura di femore du pazienti over 65		



*U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Agrigento*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VER.	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH. Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE ATTIVITÀ DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE:TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DEL PERCORSO NASCITA	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		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 SUB- OBIETTIVO 2.2- PARTI CESARI: RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DEI PARTI CESARI SU PARTI DI DONNE NON CESARIZZATE.  PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO SUB- OBIETTIVO 3.4 RISPETTO STANDARD DI SICUREZZA PN.	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)  <b>a) Nei PN senza UTIN:</b> -) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale a 34 settimane compiute, con ricovero per più di un giorno;  -) Ridurre il tasso di appropriatezza dei neonati pretermine entro 72 ore.  <b>b) Nei PN con UTIN:</b> - Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio dei neonati da terapia intensiva a patologia neonatale nel corso del ciclo di cura; - Definire criteri di ricovero in TIN cod. 73 e Patologia Neonatale cod. 62 e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.	Raggiungimento Valore Obiettivo =< 20% N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne con nessun pregresso cesario. 1) Numero dei nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno); 2) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita; 3) Formalizzazione di un documento su modello proposto da Assessorato con criteri di ricovero in TIN (cod.73) e Patologia Neonatale (cod.62), comprensivo degli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione; 4) Elaborazione di un Report di monitoraggio con indicatori del documento di cui al punto 3, con i risultati relativi al quarto trimestre per la validazione del processo e la definizione della baseline; 5) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100%(Pari al 35% dei dimessi con terapia)		





*U.O.C. Ginecologia e Ostetricia PO Sciacca*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VER.	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH. Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE ATTIVITÀ DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE:TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DEL PERCORSO NASCITA	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		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 SUB-OBIETTIVO 2.2- PARTI CESARI: RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DEI PARTI CESARI SU PARTI DI DONNE NON CESARIZZATE.	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)  <b>a) Nei PN senza UTIN:</b> -) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale a 34 settimane compiute, con ricovero per più di un giorno;  -) Ridurre il tasso di appropriatezza dei neonati pretermine entro 72 ore.  <b>b) Nei PN con UTIN:</b> - Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio dei neonati da terapia intensiva a patologia neonatale nel corso del ciclo di cura; - Definire criteri di ricovero in TIN cod. 73 e Patologia Neonatale cod. 62 e gli indicatore per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.	Raggiungimento Valore Obiettivo =< 20% N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne con nessun pregresso cesario. 1) Numero dei nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno); 2) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita; 3) Formalizzazione di un documento su modello proposto da Assessorato con criteri di ricovero in TIN (cod.73) e Patologia Neonatale (cod.62), comprensivo degli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione; 4) Elaborazione di un Report di monitoraggio con indicatori del documento di cui al punto 3, con i risultati relativi al quarto trimestre per la validazione del processo e la definizione della baseline; 5) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100%(Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VER.	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obbiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE ATTIVITÀ DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE:TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DEL PERCORSO NASCITA	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		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 SUB- OBIETTIVO 2.2- PARTI CESARI: RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DEI PARTI CESARI SU PARTI DI DONNE NON CESARIZZATE.  PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO SUB- OBIETTIVO 3.4 RISPETTO STANDARD DI SICUREZZA PN.	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)  <b>a) Nei PN senza UTIN:</b> -) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale a 34 settimane compiute, con ricovero per più di un giorno;  -) Ridurre il tasso di appropriatezza dei neonati pretermine entro 72 ore.  <b>b) Nei PN con UTIN:</b> - Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio dei neonati da terapia intensiva a patologia neonatale nel corso del ciclo di cura; - Definire criteri di ricovero in TIN cod. 73 e Patologia Neonatale cod. 62 e gli indicatore per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.	Raggiungimento Valore Obiettivo =< 20% N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne con nessun pregresso cesario. 1) Numero dei nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno); 2) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita; 3) Formalizzazione di un documento su modello proposto da Assessorato con criteri di ricovero in TIN (cod.73) e Patologia Neonatale (cod.62), comprensivo degli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione; 4) Elaborazione di un Report di monitoraggio con indicatori del documento di cui al punto 3, con i risultati relativi al quarto trimestre per la validazione del processo e la definizione della baseline; 5) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)		
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100%(Pari al 35% dei dimessi con terapia)		



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VER.	PESO %
PDTA – LINEE GUIDA E PROCEDURE	Il raggiungimento degli obiettivi è centrato sul rispetto delle scadenze. Particolare attenzione deve essere posta nella individuazione degli indicatori che devono essere riproducibili e verificabili	Redazione o Implementazione PDTA/LINEE GUIDA/ PROTOCOLLI		
BED MANAGEMENT MANTENIMENTO PERFORMANCE OSPEDALIERA	a. Garantire una ottimale occupazione posti letto: miglioramento dell'utilizzo di DH e Day- Service in regime di appropriatezza Sistema di Valutazione AGENAS 2014 -2015 Sub -Obiettivo 3.3	Riduzione dei DH in riferimento al dato 2014 : Totale DH / Totale ricoveri Ordinari + DH.  Incremento dei Day Service n riferimento al dato 2014 : Totale Day Service/ Totale dei Ricoveri ordinari + Dh + Day Service.		
	b. Mantenimento quali-quantitativo dei DRG chirurgici rispetto al 2014	N. DRG chirurgici / N° totale DRG (> 2015 rispetto al 2014)		
	c. Scheda Dimissioni Facilitate e Protette	> 50 % del totale delle dimissioni con patologia target.		
	d. Implementazione Scheda Unica di Terapia	100% N.STU= N. Cartelle Cliniche		
	e. Utilizzo modulo gestionale di consulenze interne MED'S OFFICE	100% delle schede		
IMPLEMENTAZIONE ATTIVITÀ DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE:TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DEL PERCORSO NASCITA	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		
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015: PNE 2014 SUB- OBIETTIVO 2.2- PARTI CESARI: RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DEI PARTI CESARI SU PARTI DI DONNE NON CESARIZZATE.	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)  <b>a) Nei PN senza UTIN:</b> -) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale a 34 settimane compiute, con ricovero per più di un giorno;  -) Ridurre il tasso di appropriatezza dei neonati pretermine entro 72 ore.	Raggiungimento Valore Obiettivo =< 20% N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne con nessun pregresso cesario. 1) Numero dei nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno); 2) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita; 3) Formalizzazione di un documento su modello proposto da Assessorato con criteri di ricovero in TIN (cod.73) e Patologia Neonatale (cod.62), comprensivo degli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione; 4) Elaborazione di un Report di monitoraggio con indicatori del documento di cui al punto 3, con i risultati relativi al quarto trimestre per la validazione del processo e la definizione della baseline; 5) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)		
PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO SUB- OBIETTIVO 3.4 RISPETTO STANDARD DI SICUREZZA PN.	<b>b) Nei PN con UTIN:</b> - Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio dei neonati da terapia intensiva a patologia neonatale nel corso del ciclo di cura; - Definire criteri di ricovero in TIN cod. 73 e Patologia Neonatale cod. 62 e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.			
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	Assicurare la prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico	100%(Pari al 35% dei dimessi con terapia)		







**AREA  
TERRITORIALE**

## DIPARTIMENTI TERRITORIALI



## DIPARTIMENTO STRUTTURALE DEL FARMACO

**UOC FARMACIA  
OSPEDALIERA DISTRETTO AG**

**1**

**UOC FARMACIA  
OSPEDALIERA DISTRETTO AG**

**2**

**UOC AREA TERRITORIALE  
DEL FARMACO**



## DIPARTIMENTO DEL FARMACO

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VER.	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
PROMOZIONE DELLA CULTURA DIPARTIMENTALE:	OTTIMIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI			
MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Costante monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici media/ab aziendali e distrettuali. Individuazione categorie terapeutiche responsabili dell'eventuale aumento di spesa			
	Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche rapportate ai valori medi nazionali in termini di consumi e di spesa (progetto SPERA) al fine di evidenziare eventuali picchi di consumi e/o spesa rispetto a quelli nazionali.			
GESTIONE A SISTEMA DEI FLUSSI ESISTENTI RELATIVI AI BENI SANITARI - PRODUZIONE FLUSSI MINISTERIALI	A) Manutenzione periodica anagrafica articoli sanitari. B) Verifica trimestrale degli ordini inevasi. C) Trasmissione flussi: -Consumi Farmaci Ospedalieri (CFO); -Consumi Dispositivi Medici (DM); -Flusso T (Antiblastici); -Distribuzione Diretta (DD); -Flusso F.			
PRONTUARIO TERAPEUTICO UNICO OSPEDALIERO/TERRITORI ALE PROVINCIALE	Monitoraggio e implementazione Prontuario Unico selezionando i principi attivi inclusi nel prontuario terapeutico regionale			



## UOC Farmacia Ospedaliera Distretto AG 1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA e sistema di valutazione Agenas 2015 – 2017.			
FARMACI SOTTOPOSTI A REGISTRO AIFA	Garantire le corrette procedure di monitoraggio del Risk Sharing e Payment by Result, con produzione di report periodico dei crediti aziendali			
FARMADONO	Garantire una adeguata promozione del percorso Farmadono			
FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA	Assicurare mantenimento rispetto delle attività di farmacovigilanza e dispositivo vigilanza in ambito ospedaliero			
MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA (FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI)	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.			
	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.			
	Potenziamento della dispensazione in modalità “primo ciclo terapeutico” a non meno del 35% dei dimessi(esclusi alcuni reparti) con utilizzo della modulistica aziendale e costante monitoraggio della prescrizione “primo ciclo terapeutico” delle aree chirurgiche e aree mediche alla dimissione.			





## UOC Farmacia Ospedaliera Distretto AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA e sistema di valutazione Agenas 2015 – 2017.			
FARMACI SOTTOPOSTI A REGISTRO AIFA	Garantire le corrette procedure di monitoraggio del Risk Sharing e Payment by Result, con produzione di report periodico dei crediti aziendali			
FARMADONO	Garantire una adeguata promozione del percorso Farmadono			
FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA	Assicurare mantenimento rispetto delle attività di farmacovigilanza e dispositivo vigilanza in ambito ospedaliero			
MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA (FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI)	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.			
	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.			
	Potenziamento della dispensazione in modalità “primo ciclo terapeutico” a non meno del 35% dei dimessi(esclusi alcuni reparti) con utilizzo della modulistica aziendale e costante monitoraggio della prescrizione “primo ciclo terapeutico” delle aree chirurgiche e aree mediche alla dimissione.			

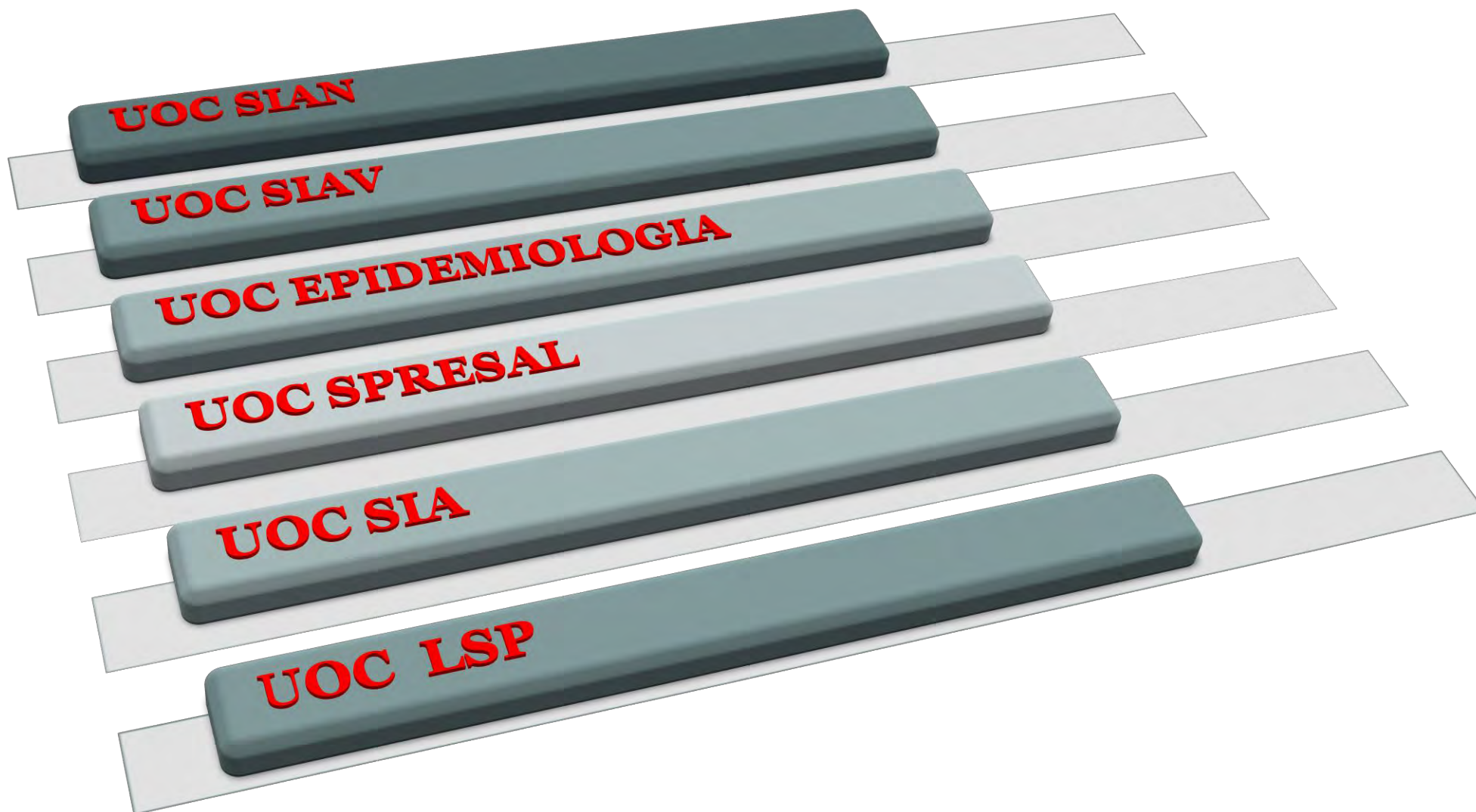


## UOC Area Territoriale del Farmaco

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dall' AGENAS E PAA 2015 -2017			
MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Costante monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici media/ab aziendali e distrettuali. Individuazione categorie terapeutiche responsabili dell'eventuale aumento di spesa			
	Puntuale liquidazione delle farmacie convenzionate			
	Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche rapportate ai valori medi nazionali in termini di consumi e di spesa (progetto SPERA) al fine di evidenziare eventuali picchi di consumi e/o spesa rispetto a quelli nazionali.			
	Attività formativa nei Distretti.			
VIGILANZA FARMACIE PARAFARMACIE, DEPOSITI CASE DI CURA ACCREDITATE	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			
	Attivare il registro informatico dei direttori, sostituti, praticanti e collaboratori di farmacia secondo normativa			
MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE (FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI)	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.			
	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.			



# DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
PROMOZIONE DELLA CULTURA DIPARTIMENTALE	OTTIMIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI			
EMPOWERMENT DEL CITTADINO UTENTE - PROMOZIONE CULTURA DELLA PREVENZIONE	Promozione di politiche di partecipazione dei Cittadini Utenti attraverso: L'aggiornamento, per quanto di competenza, del Portale "Costruire Salute";			
	La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento. La redazione e divulgazione di un opuscolo specifico di dipartimento.			



## UOC SIAN

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
PRIS 2012-2014 CONSOLIDAMENTO DEI MONITORAGGI INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO NELL'AREA ALIMENTI E NUTRIZIONE	Controllo materiali destinati al contatto con gli alimenti presso produttori grossisti ed utilizzatori			
	ATTIVITA' MINIMA DI AUDIT SUGLI Operatori Settore Alimentare (Additivi)			
ATTUAZIONE LINEE PSN 2007-2013	ATTIVARE e completare tutte le linee di PSN relative alla nutrizione relazionando al SEF per la rendicontazione economica			



## UOC SIAV

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
CONTROLLO STRUTTURE SANITARIE	Controllo delle strutture sanitarie ( studi ed ambulatori odontoiatrici in possesso di apparecchiature radiogene)			
ATTUAZIONE LINEE PSN 2007 - 2013	ATTIVARE e completare tutte le linee di PSN relazionando al SEF per la rendicontazione economica.			
MIGLIORAMENT O EFFICIENZA RILASCIO PROVVEDIMENTI AUTORIZZATIVI	Attivare il rilascio dei pareri igienico - sanitari per Strutture socio - assistenziali Bonifica amianto Studi e ambulatori odontoiatrici Realizzazione di opere pubbliche.			

†



## UOC SPRESAL

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
CONSOLIDAMENTO DEI MONITORAGGI	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			
MAL PROF	Corretta gestione del registro mal prof Attuazione del progetto obiettivo PSN "Emersione delle malattie professionali in Sicilia"			
RILASCIO PARERI PER NUOVI INSEDIAMENTI PRODUTTIVI (NIP)	Costituire un registro informatico NIP e provvedere al relativo aggiornamento			
TU 81/08	Attivare il rilascio dei NIP entro giorni trenta dalla formale istanza			
	Implementazione delle attività di assistenza, informazione e formazione			



## U.O.C.SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
APPLICAZIONE PIANO REGIONALE VACCINI	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%			
SCREENING	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.			
SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE	Produzione di un Rapporto sulla diffusione dei tumori nella Provincia di Agrigento			
ATTUAZIONE LINEE PSN 2007 - 2013	ATTIVARE e completare tutte le linee di PSN relazionando al SEF per la rendicontazione economica.			





## U.O.C. SIA

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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 (Accreditamento)			
MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI VERIFICA DI IMPIANTI E MACCHINE	Incremento delle verifiche di impianti e macchine			



## UOC Laboratorio Sanità Pubblica

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
ASSICURARE L'ECCELLENZA NELLE STRUTTURE LABORATORISTICHE REGIONALI	Adesione circuiti interlaboratorio presso Centri Accreditati.			
ACCREDITAMENTO	Mantenimento accreditamento LSP UNI EN ISO IEC 17025: 2005			



# DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO



## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
PROMOZIONE DELLA CULTURA DIPARTIMENTALE:	Ottimizzazione dei Dipartimenti			



## UOC Servizio Sanità Animale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTAT I	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
CONTROLLI ANAGRAFE ZOOTECNICA CHECK LIST	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			
ATTUAZIONE LINEE VIGENTE PRP	Completare le attività inerenti la linea relativa alla riduzione della prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali			



## UOC Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
REALIZZAZIONE DI TUTTI GLI OBIETTIVI DI COMPETENZA DEL SIAOA PREVISTI NEL PRIS VIGENTE	Realizzazione di tutti i controlli ufficiali e delle altre attività previste nel PRIS da verificare attraverso trasmissione di una copia della relazione finale al Servizio 4 del DASOE			
ATTUAZIONE ALLERTE NEI TEMPI PRESCRITTI	ATTIVARE e completare tutte le allerte nei tempi prescritti dalla vigente procedura			



## OC Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
LOTTA AL RANDAGISMO	Implementazione dell'anagrafe canina e effettuazione delle sterilizzazioni dei randagi richieste dai Comuni			
PIANO NAZIONALE RESIDUI E PIANO ALIMENTAZIONE ANIMALE VIGENTE	Effettuazione di tutte le attività di campionamento previsti nel PNR e PAA vigente			
ATTUAZIONE PIANO NAZIONALE BENESSERE NAZIONALE	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			



## UOC Servizio Igiene Produzione e Commercializzazione Prodotti Lattiero Caseari

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTAT I	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
REALIZZAZIONE DI TUTTI GLI OBIETTIVI DI COMPETENZA DEL SIPCPLC PREVISTI NEL PRIS vigente	Realizzazione di tutti i controlli ufficiali e delle altre attività previste nel PRIS da verificare attraverso trasmissione di una copia della relazione finale al Servizio 4 del DASOE			
ATTUAZIONE ALLERTE NEI TEMPI PRESCRITTI	ATTIVARE e completare tutte le allerte nei tempi prescritti dalla vigente procedura			





# DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

- UOC Modulo Dipartimentale Sciacca Ribera Bivona
- UOC Modulo Dipartimentale Agrigento Casteltermini
- 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 %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
FOCUS PER EROGATORE 201 ASP AGRIGENTO E PER SINGOLO DRG DEI RICOVERI EROGATI IN MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Riduzione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intraregionale ASP Agrigento			
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 un evento divulgativo/ convegno su I Piano Strategico Salute Mentale Aziendale e in collaborazione con la UO Comunicazione.			



*UOC Modulo Dipartimentale Sciacca Ribera Bivona*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE	Implementazione di tutte le procedure previste: - Integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche e per le età evolutive; - Prese in carico dei pazienti gravi e/o ad alto carico.			
RIDUZIONE DEI TSO DEI PAZIENTI GRAVI E/O AD ALTO CARICO	Compiuta integrazione tra le varie articolazioni funzionali del dipartimento avviando una riduzione dei ricoveri in SPDC relativo ai pazienti gravi e/o ad alto carico.			
FOCUS PER EROGATORE 201 ASP AGRIGENTO E PER SINGOLO DRG DEI RICOVERI EROGATI IN MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Riduzione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intraregionale ASP Agrigento			



*UOC Modulo Dipartimentale Agrigento Casteltermini*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE	Implementazione di tutte le procedure previste: - Integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche e per le età evolutive; - Prese in carico dei pazienti gravi e/o ad alto carico.			
RIDUZIONE DEI TSO DEI PAZIENTI GRAVI E/O AD ALTO CARICO	Compiuta integrazione tra le varie articolazioni funzionali del dipartimento avviando una riduzione dei ricoveri in SPDC relativo ai pazienti gravi e/o ad alto carico.			
FOCUS PER EROGATORE 201 ASP AGRIGENTO E PER SINGOLO DRG DEI RICOVERI EROGATI IN MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Riduzione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intraregionale ASP Agrigento			



*UOC Modulo Dipartimentale Canicatti Licata*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE	Implementazione di tutte le procedure previste: - Integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche e per le età evolutive; - Prese in carico dei pazienti gravi e/o ad alto carico.			
RIDUZIONE DEI TSO DEI PAZIENTI GRAVI E/O AD ALTO CARICO	Compiuta integrazione tra le varie articolazioni funzionali del dipartimento avviando una riduzione dei ricoveri in SPDC relativo ai pazienti gravi e/o ad alto carico.			
FOCUS PER EROGATORE 201 ASP AGRIGENTO E PER SINGOLO DRG DEI RICOVERI EROGATI IN MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Riduzione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intraregionale ASP Agrigento			



*UOC Servizio Coordinamento Dipendenze Patologiche*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE	Implementare tutte le procedure previste - Integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche e per le età evolutive;			
ANALISI DEL TARGET UTENTI TRATTATI PER LE VARIE FORME DI DIPENDENZA PATOLOGICA	Rendicontare una analisi quali-quantitativa della tipologia di pazienti trattati			



*UOC Servizio Malattie Psichiatriche Degenerativo-Involutive*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE	Implementazione tutte le procedure previste: - Archivio informatizzato			
MESSA A REGIME CENTRI ALZHEIMER AGRIGENTO E SCIACCA	Consolidamento e realizzazione di tutte le attività previste per una compiuta erogazione delle prestazioni rese. Subordinato al reclutamento del personale			
ATTIVAZIONE CENTRI TERRITORIALI DI PSICOGERIATRIA AFFERENTI AL DSM	Consolidamento e realizzazione di tutte le attività previste per una compiuta erogazione delle prestazioni rese. Subordinato al reclutamento del personale			



*UOC Servizio Coordinamento NPI*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
ADESIONE AL PIANO STRATEGICO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE	Implementazione tutte le procedure previste - Integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche e per le età evolutive			
PROGETTAZIONE SU TEMATICHE SPECIALI	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 e per l'epilessia			





# **DISTRETTI SANITARI DI BASE**

## **Distretto di Agrigento**

Per i Comuni: Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Sant'Angelo Muxaro, Santa Elisabetta e Siculiana

## **Distretto di Bivona**

Per i Comuni: Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.

## **Distretto di Canicattì**

Per i Comuni: Camastra, Campobello di Licata, Canicattì, Castrolibero, Grotte, Naro, Racalmuto e Ravanusa.

## **Distretto di Casteltermini**

Per i Comuni: Cammarata, Casteltermini e San Giovanni Gemini

## **Distretto di Licata**

Per i Comuni: Licata, Palma Montechiaro.

## **Distretto di Ribera**

Per i Comuni: Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera e Villafranca Sicula.

## **Distretto di Sciacca**

Per i Comuni: Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita e Sciacca.



### *Area Apicale Amministrativa Territoriale*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
MONITORAGGIO SULLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI PAA E OBIETTIVI AGENAS DEL DISTRETTO DI COMPETENZA	Valutare, di concerto con i Direttori DSB, la corrispondenza delle azioni dei distretti e dei dipartimenti dell'area territoriale agli obiettivi assegnati agli stessi dalla direzione strategica			
PROFICUO UTILIZZO RISORSE UMANE E STRUTTURALI	Proposta per la razionalizzazione delle risorse umane e strutturali assegnate alle strutture afferenti			
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato 1 della Delibera CiVIT n. 50/2013			



**U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base, Ospedalità Privata, Specialistica Medicina Legale e Fiscale ed Assistenza Integrativa Socio Sanitaria**

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA	PESO %
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA	Monitoraggio delle attività da parte delle Unità di coordinamento attività distrettuali.			
REVISIONE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI EROGATE IN ADI	Rivisitazione del progetto operativo con il soggetto esterno ( ATI - SISIFO - OSA); Verifica della qualità dei servizi erogati: * Verifica appropriatezze delle prestazioni; *Customer satisfaction; Percorsi formativi per i MM.MM.GG e PP.LL.SS. sulla appropriatezza ADI			
CURE DOMICILIARI	Mantenimento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate con trasmissione ai distretti del piano aziendale corrente e relativo monitoraggio			
RETE SPECIALISTICA POLIAMBULATORIALE E CONVENZIONAMENTO ESTERNO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	Programmazione FABBISOGNO SPECIALISTICO Anno 2015 con cadenza quadrimestrale			
VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ANCHE ATTRAVERSO VERIFICHE E CONTROLLI	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.			
	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)			
	Monitoraggio delle liste di attesa per branca dell'area territoriale Verifica puntuale delle liste d'attesa per branca			
	Controllo, vigilanza e verifica strutture di ricovero ospedaliero accreditate esterne. Monitoraggio mensile costi e rispetto budget strutture di ricovero accreditate esterne,			
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA	Monitoraggio delle attività da parte delle Unità di coordinamento attività distrettuali.			



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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PUNTUALE E TEMPESTIVA TRASMISSIONE DEI DATI E DEI FLUSSI	La struttura responsabile della produzione e compilazione dei flussi di propria pertinenza deve garantire la qualità, la completezza e la puntualità dei dati nel rispetto della normativa vigente. Dovrà essere garantita altresì la puntuale trasmissione del Piano della Performance			
RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA INDOTTA	Uso obbligatorio del ricettario SSN nell'ambito dell'attività ambulatoriale ospedaliera e territoriale con divieto assoluto della prescrizione con ricettario bianco.			
VALORIZZAZIONE MAGAZZINO MATERIALI DI CONSUMO SANITARI E NON SANITARI	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			
RISPETTO DEL PLAFOND TURNI DI PRONTA DISPONIBILITÀ E FONDO LAVORO STRAORDINARIO	Ottimizzazione dei turni di servizio. Rispetto dei piani di Pronta Disponibilità deliberati e del plafond delle ore in regime di straordinario assegnate alla Macro-struttura.			



**UU.OO.CC. DISTRETTI SANITARI DI BASE**  
**AGRIGENTO - BIVONA - CANICATTÌ - CASTELTERMINI - LICATA - RIBERA - SCIACCA**

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	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			
PROMOZIONE CURE DOMICILIARI	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			
PROMOZIONE CURE RESIDENZIALI	Ottimizzazione procedure inserimento in cure residenziali RSA			
PTA	Costante monitoraggio degli standard qualitativi secondo Tabella Assessoriale PTA Standard con particolare riguardo al pieno funzionamento dei PUA			
PROMOZIONE CONTINUITÀ OSPEDALE TERRITORIO	Potenziare la Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità implementando la rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali.			
MONITORAGGIO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E TEMPI D'ATTESA	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche (PC) ambulatoriali e di Diagnostica strumentale monitorando le prestazioni critiche			
ATTUAZIONE LINEE PSN VIGENTE	ATTIVARE e completare tutte le linee di PSN relazionando al SEF per la rendicontazione economica. (Se presente linea progettuale di pertinenza del DSB)			
CUSTOMER SATISFACTION RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA	Somministrazione di questionari di valutazione (redatti da UO Qualità) dei servizi diagnostici e ambulatoriali e			



## UNITÀ OPERATIVE ALLE DIRETTE DIPENDENZE DEL DIRETTORE GENERALE



## U.O.C. Servizio di Psicologia

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA vigente Prosecuzione PON 2012 Riabilitazione psicologica nelle aree critiche.			
POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PSICOLOGICA	Messa a regime Ambulatorio Metabolè			
	Potenziamento e supporto a percorso Nascita e IVG			
EFFICIENZA	Incremento dell'attività degli interventi clinici			

## U.O.S. Sorveglianza Sanitaria- Medico Competente

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA 2015 -2017.	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA vigente.			
EFFICIENZA	Espletamento attività di sorveglianza sanitaria secondo TU 81/08 in ambito aziendale			
	Espletamento attività di sorveglianza medica per la radioprotezione secondo D.L. 230/95 e s.m.i. in ambito aziendale			
	Mappatura per MacroArea delle inidoneità e delle mansioni ridotte			



## UO Servizio Legale e Contenzioso

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
RIDUZIONE COSTI SPESE LEGALI ASP	Riduzione e contenimento dei costi per l'attività defensoriale dell'Azienda determinata dall'attribuzione degli incarichi difensivi all'unico avvocato interno.	Affidamento incarichi in misura non inferiore al n. di 15		
	Deflazione del contenzioso giudiziario attraverso attività pareristica ed extra giudiziale e definizione bonaria del contenzioso esistente attraverso la valutazione di ipotesi e/o proposte transattive.	Pareri resi e valutazione proposte transattive in misura non inferiore al n. di 5		
	Avvio procedure recupero somme da sentenze favorevoli.	Avvio procedure in misura non inferiore al n. di 5		
MONITORAGGIO DEL CONTENZIOSO	Sezione amministrativa: monitoraggio del contenzioso circa tutti gli atti giudiziari notificati all'ASP di Agrigento con specifica dei seguenti elementi:  -indicazione numerica degli atti giudiziari notificati; -tipologia; -valore della controversia;	Redazione Report atti giudiziari notificati all'ASP di Ag Report annuale Aggiornamento fondo rischi		
	Sezione avvocatura interna: monitoraggio del contenzioso affidato all'Avv. Interno con specifica dei seguenti elementi: - Indicazione numerica della partecipazione alle udienze; - Indicazione numerica delle cause pendenti; - Indicazione numerica dei conferimenti incarichi difensivi all'Avv. interno in codifesa ex art 417 bis c.p.c.	Redazione report contenzioso gestito dalla Avvocatura interna		

## UO Servizio Prevenzione e Protezione

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
REVISIONE DEL DOCUMENTO DEL PIANO DI EMERGENZA EVACUAZIONE	Revisione del documento			
REVISIONE E AGGIORNAMENTO 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	Revisione e aggiornamento del documento			





# STAFF DELLA 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**



## UO Politiche del Personale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
FORMAZIONE AZIENDALE	Attuazione Piano Formativo 2014 Aggiornamento Archivio ECM (con ausilio Direttori UOC) Redazione Piano Formativo nell'anno corrente			
ISTITUZIONE FASCICOLO FORMATIVO INDIVIDUALE	Assicurare la creazione di procedure per l'implementazione del fascicolo formativo individuale			
PARTECIPAZIONE RETE FORMATIVA REGIONALE	Partecipazione agli incontri della rete regionale del responsabile o di un suo delegato			
IMPLEMENTAZIONE UTILIZZO BANCHE DATI E METODOLOGIA DELLA RICERCA	Realizzazione di un corso di formazione di utilizzo di banche dati; Realizzazione di un corso sulla metodologia della ricerca.			

## UO Gestione Attività Libero Professionale Intramuraria e Privacy

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
MIGLIORAMENTO GESTIONE PRIVACY E ALPI	Revisione procedure Privacy			
	Verifica incompatibilità nell'esercizio delle attività ALPI			
	Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia di Libera Professione Intramuraria ai sensi art.1 comma 7 della legge 3 Agosto 2007 n° 120 e s.m.i.			
	Analisi quali quantitativa del Sistema ALPI			
OBIETTIVI CONTRATTUALI DEL DIRETTORE GENERALE 2014/2016	Entro il 15/12/ dell'anno corrente redazione Atto di Programmazione e relativo Bilancio di Previsione per l'attività ALPI. Nel 2015 si prevede attività di monitoraggio e di valutazione di tale programmazione			



## UO Gestione della Qualità

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PIANO QUALITÀ	Implementazione Piano Qualità Aziendale 2013-2015. Realizzazione Azioni di miglioramento indicate nel Piano			
POTENZIAMENTO ATTIVITÀ DI RACCORDO CON I COMITATI CONSULTIVI AZIENDALI (CCA)	Partecipazione Progetto regionale Audit Civico e Riunioni CCA.			
	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo le prospettive del cittadino. (Obiettivi Sistema di valutazione del Direttore Generale Sub obiettivo 3.2 ed attuazione dei rispettivi piani di miglioramento.			
CUSTOMER SATISFACTION	Grado di umanizzazione nel P.O. di Agrigento in collaborazione con U.O.C. facility management			
	Monitoraggio soddisfazione dell'utenza attraverso evidenza documentale(di concerto con U.O. Comunicazione)			
RETE CIVICA DELLA SALUTE	Implementazione dei protocolli per la rete civica della salute per partner interni			



## **UO Comunicazione Istituzionale ed Interna**

<b>OBIETTIVO AZIENDALE</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>VAL. ATTESO INDICATORE</b>	<b>VERIFICA RISULTATI</b>	<b>PESO %</b>
PROGETTAZIONE EUROPEA	Implementazione attività Nucleo di Progettazione Aziendale Calendarizzazione di almeno n° 4 incontri. Presentazione di N.1 Progetto a bando per la ricerca			
PIANO AZIENDALE COMUNICAZIONE	Adozione Piano 2014 - 2016 . Attuazione secondo disponibilità budget.			
POTENZIAMENTO ATTIVITÀ DI RACCORDO CON IL COMITATO CONSULTIVO AZIENDALE (CCA)	Svolgimento delle procedure per l'insediamento del nuovo CCA.			
PORTALE "COSTRUIRE SALUTE"	Assicurare la congruenza contenutistica delle attività sanitarie presenti nel portale "Costruire Salute"			
REDAZIONE CARTA DEI SERVIZI	Aggiornamento Carta dei Servizi on line			
INNOVAZIONE SITO WEB AZIENDALE	Individuare i contenuti carenti del sito web rispetto alle leggi vigenti ed operare le necessarie modifiche.			
	Traduzione in lingua inglese della Home Page e delle pagine di maggiore interesse assistenziale.			
COMUNICAZIONE E RELAZIONE INTERPERSONALE PER URP E FRONT-OFFICE	Migliorare la comunicazione del personale per il tramite di eventi formativi.			
VERIFICA MAIL ISTITUZIONALE	Verificare che tutte le strutture aziendali siano fornite di una mail istituzionale che corrisponde alle funzioni realmente svolte e che deve essere pubblicata sul sito Aziendale.			
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato 1 della Delibera CIVIT n. 50/2013			
RETE CIVICA DELLA SALUTE	Realizzazione Audit Civico in raccordo con rappresentanti di associazioni secondo quanto disposto dall'Assessorato alla salute.			
IMPLEMENTAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ DI PERTINENZA PREVISTE DAL PAA / SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2014-2015	N. azioni attuate/ su totali azioni richieste			



## UO Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA	Coordinamento Gruppo di Lavoro Piano Attuativo Aziendale secondo direttive AGENAS.			
SUPERCONTROLLO OBIETTIVI DG SECONDO AGENAS	Predisposizione Atto di assegnazione Obiettivi Report di Tracking. Analisi di Punteggio Attività di Raccordo con Assessorato Salute.			
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.			
PIANO PERFORMANCE	Supporto Tecnico alla predisposizione "Aggiornamento Annuale"			
	Supporto Tecnico alla predisposizione documento "Relazione Performance 2013".			
OBIETTIVI DELLE AZIENDE SANITARIE SICILIANE	Redazione Modello LA 2014 Redazione conforme ed omogenea dei modelli LA 2014 - 2015			
NEGOZIAZIONE OBIETTIVI	Predisposizione Schede di Budget Verbalizzazione Sedute Negoziali Supporto tecnico per la sottoscrizione Schede di Budget e relativa archiviazione.			
VERIFICA PERFORMANCE ANNUALE	Redazione schede di Verifica Budget 2014, e loro validazione/ chiusura schede da parte della Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa.			
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato 1 della Delibera CIVIT n. 50/2013.			
	Adeguamento del Piano della Performance aziendale secondo gli obblighi specifici per l'attuazione delle disposizioni sulla trasparenza.			



## UO Sistema Informativo e Statistico Locale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS 2015 E PAA	Coordinamento redazione progetto di autosufficienza gestione autonoma dei nuovi flussi regionali, contenuti nell'art. 79, da inviare all'Assessorato alla Salute.			
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.			

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

OBIETTIVO AZIENDALE	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 CdG; Controllo analitico e raffronto dei dati di Bed-Management.			
	Analisi Comportamenti Opportunistici, appropriatezza e verifica degli indicatori sanitari di maggior rilievo (turnover- rotazione, indici di attività chirurgica).			
	Analisi Mensile dei dati PNE e relativa Trasmissione al CdG.			



## UO Educazione alla salute

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA.	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA e degli obiettivi per l'anno corrente			
PIANO EDUCAZIONE ALLA SALUTE	Redazione Piano alla Salute anno corrente previa recepimento di direttive regionali. Realizzazione Azioni indicate nel Piano			
POTENZIAMENTO ATTIVITÀ DI RACCORDO CON IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE PER ATTUAZIONE LINEE DI PREVENZIONE - ALCOLISMO E TABAGISMO	Effettuazione eventi formativi			
RETE CIVICA DELLA SALUTE	Implementazione dei protocolli per la rete civica della salute per partner esterni.			

## UO Gestione del Rischio Clinico

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS E PAA	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA e degli obiettivi correnti			
PREDISPOSIZIONE DOCUMENTALE (ANCHE JOINT COMMISSIONE) DI TUTTE LE PROCEDURE	Predisposizione documentale (anche Joint Commissione) di tutte le procedure. Audt.			
IMPLEMENTAZIONE LINEE GUIDA E PROCEDURE PRONTO SOCCORSI OSPEDALIERI	Implementazione e controllo procedure di trasporto secondario (trasferimento presso altro ospedale)			
	Implementazione procedure gestione farmaci in Pronto Soccorso			



# AREA AMMINISTRATIVA

*UOC Servizio Affari Generali, Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane*

*UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale*

*UOC Servizio Facility Management*

*UOC Servizio Provveditorato*

*UOC Servizio Tecnico*





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

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PUNTUALE DISPONIBILITÀ DEI DATI E DEI FLUSSI	Rispetto della direttiva dei flussi informativi riguardo ai tempi di trasmissione, alle procedure di certificazione, alla qualità dei flussi e alla gestione autonoma dei nuovi flussi-art.79			
PUNTUALE E TEMPESTIVA TRASMISSIONE DEI DATI DELLA PERFORMACE	Trasmissione completa e puntuale dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi di scadenza previsti dalla rispettiva scheda di assegnazione obiettivi.			
DEMATERIALIZZAZIONE DOCUMENTALE	Attivare le procedure di migrazione dal cartaceo al digitale			



# DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VALORE ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
SISTEMA DI VALUTAZIONE AGENAS PAA ED OBIETTIVI CONTRATTUALI DEL DIRETTORE GENERALE DEL CORRENTE ANNO	Monitoraggio e verifica della coerente corrispondenza del Piano con le azioni poste in essere dalle Strutture afferenti al Dipartimento.			
PON ATTUAZIONE DELLE LINEE DI PIANO SANITARIO NAZIONALE E PIANO DI PREVENZIONE	Pianificare, progettare, attivare e completare le procedure per l'attuazione delle linee di Piano Sanitario Nazionale secondo direttive della Direzione Strategica			
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	Adozione del Piano Triennale della Trasparenza e del Piano Triennale Anticorruzione (D.lgs. n. 33/2013 Legge n. 190/2012)			



*UOC Servizio Affari Generali, Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane*

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
RICOGNIZIONE PERSONALE DIPENDENTE	Allocazione nei centri di costo di appartenenza delle risorse umane con aggiornamento continuo per le variazioni (Cessazioni Trasferimenti nel rispetto della disciplina di cui alla nota 39343 del 26/05/2014, Immissioni e Disposizioni di Servizio etc) con trasmissione alla U.O.S Co.Ge.			
VERIFICA CORRETTA APPLICAZIONE DELL'ART.52 DEL D.LVO 52 N.150/2009, COMMA1-BIS	I dirigenti apicali in indirizzo dovranno verificare che il personale dipendente dalle rispettive strutture non incorra nelle incompatibilità previste dall'art. 53 del dlgs n.165/2001 e ribadite dalla circolare Ass. Reg. Salute e recepite nel "Regolamento Aziendale in materia di incompatibilità ed autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali".			
COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE	Aggancio ai conti della contabilità generale di ciascuna voce stipendiale per tutte le tipologie di risorse umane inserite nel sistema paghe del personale dipendente.			
	Osservanza tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 21 dell'art. 15 del D.L. n° 95/12.			
	Osservanza del programma triennale di riduzione della spesa del personale a T.D. da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31 Maggio 2010 n° 78.			
CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA AZIENDALE	Adempimenti consequenziali relativi alla contrattazione e concertazione degli istituti contrattuali secondo le indicazioni della direzione strategica			
FONDI CONTRATTUALI	Adozione provvedimenti contrattualmente previsti per la gestione dei fondi			
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato 1 della Delibera CIVIT n. 50/2013 e per quanto di competenza così come previsto nella nota di protocollo 76870 del 13/11/2013 a firma del responsabile aziendale anti-corrruzione.			



## UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
MONITORAGGIO COSTANTE E COMPLETO DELLE RISORSE ECONOMICHE FINALIZZATO AL RAGGIUNGIMENTO DELL' EQUILIBRIO ECONOMICO DI BILANCIO DEL 2014	Monitoraggio equilibrio economico di bilancio 2014			
	Vigilare sulla corretta imputazione dei costi per evitare lo sfioramento del budget aziendale contrattato, impartendo idonee direttive in materia contabile, finanziaria e fiscale e segnalando le eventuali anomalie alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione.			
	Corretta e compiuta gestione dalla contabilità separata per attività Libero Professionale			
INVENTARIO BENI IMMOBILI E MOBILI	verifica - monitoraggio e aggiornamento del sistema per effetto della confluenza nel sistema EUSIS delle diverse realtà dell'ASP anche a mezzo regolamento secondo gestione pe C.d.C.			
LIQUIDAZIONE FATTURE	Emissione ordinativi di pagamento fatture ciclo passivo entro i termini previsti dalla normativa vigente			
	Emissione ordinativi di pagamento relativi ai provvedimenti di liquidazione pervenuti			
	Corretta alimentazione e specifica imputazione per C.d.C. di tutta la fatturazione attiva e passiva			



## UOC Servizio Provveditorato

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
PON ATTUAZIONE DELLE LINEE DI PIANO SANITARIO NAZIONALE E PIANO DI PREVENZIONE	Predisposizione procedure per acquisizione beni e servizi previsti e finanziati dal PON (Programma POFERS 2007/2013) secondo ordine di priorità definito dalla direzione strategica			
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE ALLA LUCE DEL DLG 95/12	Piano degli acquisti centralizzati per beni e servizi e relativa gestione nei tempi previsti secondo ordine di priorità definito dalla direzione strategica			
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE ALLA LUCE DEL DLG 95/12	Riduzione del 5 % dei costi economici			
OBIETTIVI CONTRATTUALI DEL DIRETTORE GENERALE	Applicazione RAE rispetto alla normativa vigente in materia di acquisti in economia predisposto in conformità allo schema tipo regionale approvato con D.A. 1283 del 3/7/2013 e successiva modifica n. 2080 del 5/11/2013			
GESTIONE A SISTEMA DEI CONTRATTI ESISTENTI RELATIVI AI BENI SANITARI	Gestione a sistema di tutti i contratti esistenti - beni sanitari ed azzeramento degli Ordini effettuati su "Contratti Generici". Di conberto con il Dipartimento del Farmaco			
GESTIONE A SISTEMA DELLE MOVIMENTAZIONI DI MAGAZZINO E DI CASSA ECONOMALE	Inserimento a sistema di tutti i contratti esistenti. Gestione procedura Ordini e registrazione tempestiva di tutte le movimentazioni di beni. Rilevazione trimestrale delle giacenze di magazzino e verifica degli ordini inevasi. Gestione a sistema e per Centri di Costo degli acquisti effettuati con Cassa Economale.			



## UOC Servizio Tecnico

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL. ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
CONTENIMENTO DEI COSTI	Attivazione procedure globali per manutenzione impianti ed opere edili, ove non presenti			
LAVORI EX ART. 20	Completamento lavori P.O. Ribera			
	Completamento lavori CTA Santa Margherita Belice			
	Completamento lavori P.O. Licata			
RICOGNIZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE ASP	Ricognizione e definizione delle superfici in metri quadrati ripartiti per Centri di Costo			
PROGRAMMA POFESR 2007 -2013	Completamento procedure per la dotazione ai PP.OO. delle apparecchiature di alta tecnologia. <i>Per quanto di competenza dell'area tecnica.</i>			
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato 1 della Delibera CiVIT n. 50/2013.			



## UOC Servizio Facility Management

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
AUTOPARCO	Monitoraggio costi di gestione			
	Piano miglioramento gestione autoparco			
TELEFONIA	Redazione regolamento aziendale fonia mobile			
	Analisi comparativa di spesa triennale fonia e dati e rete finalizzato all' abbattimento dei costi;			
	Avvio analisi e procedure per unificazione del fornitore.			
ENERGIA GAS ACQUA	Mappatura Utente e Fornitori			
	Monitoraggio consumi			
	Individuazione criticità e piano ottimizzazione dei consumi			
VERIFICA PAGAMENTO ONERI PER CONCESSIONI / AUTORIZZAZIONI	Verifica, salvo per quelli di specifica competenza di altre U.O., la necessità di pagare oneri per concessioni/autorizzazioni concernenti l'etere (installazione antenne, canoni TV etc.) emanando le necessarie direttive alle strutture interessate.			
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato 1 della Delibera CiVIT n. 50/2013			



## Area Apicale Amministrativa AG 1

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
MONITORAGGIO SULLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI PAA E DEGLI OBIETTIVI AGENAS DEL DISTRETTO DI COMPETENZA PER L'ANNO CORRENTE	Valutare, ove richiesto di concerto con i Direttore Sanitario di Distretto, la corrispondenza delle azioni delle UU.OO. Ospedaliere rispetto agli obiettivi assegnati agli stessi dalla direzione strategica			
PROFICUO UTILIZZO RISORSE UMANE E STRUTTURALI- SEMPLIFICAZIONE PROCEDURE E RELATIVA OMOGENIZZAZIONE DISTRETTUALE	Proposta per la razionalizzazione delle risorse umane e strutturali assegnate alle strutture afferenti - Iniziative poste in essere per la semplificazione delle procedure e per fornire risposte tempestive al cittadino.			
EQUILIBRIO DI BILANCIO 2014 -2015	Definire il complesso delle economie conseguibili attraverso una reingegnerizzazione dei processi di propria pertinenza secondo le deleghe assegnate.			
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato 1 della Delibera CiVIT n. 50/2013 e nella Legge 190/2012			





## Area Apicale Amministrativa AG 2

OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	VAL.ATTESO INDICATORE	VERIFICA RISULTATI	PESO %
MONITORAGGIO SULLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI PAA E DEGLI OBIETTIVI AGENAS DEL DISTRETTO DI COMPETENZA PER L'ANNO CORRENTE	Valutare, ove richiesto di concerto con i Direttore Sanitario di Distretto, la corrispondenza delle azioni delle UU.OO. Ospedaliere rispetto agli obiettivi assegnati agli stessi dalla direzione strategica			
PROFICUO UTILIZZO RISORSE UMANE E STRUTTURALI- SEMPLIFICAZIONE PROCEDURE E RELATIVA OMOGENIZZAZIONE DISTRETTUALE	Proposta per la razionalizzazione delle risorse umane e strutturali assegnate alle strutture afferenti - Iniziative poste in essere per la semplificazione delle procedure e per fornire risposte tempestive al cittadino.			
EQUILIBRIO DI BILANCIO 2014 -2015	Definire il complesso delle economie conseguibili attraverso una reingegnerizzazione dei processi di propria pertinenza secondo le deleghe assegnate.			
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	Adempimenti degli obblighi specifici di pubblicazione previsti nell'allegato 1 della Delibera CiVIT n. 50/2013 e nella Legge 190/2012			



## 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.



## IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

### a) Il gruppo di lavoro

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

Nominativo Componente	Ruolo assunto nel processo	Competenze	Posizione nella struttura	
			Interno	Esterno
Salvatore Lucio Ficarra	Direttore Generale	Individuazione strategia	X	
Silvio Lo Bosco	Direttore Sanitario	Responsabile area sanitaria Validazione sanitaria piano performance	X	
Salvatore Lombardo	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		
Antonino 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

