



Allegati Tecnici

al Piano della Performance 2012

ASP di Palermo

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DI PERTINENZA RELATIVI ALL'AREA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA	1.1 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	15	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Direz. Distretto sanitario /Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA' Assistenza ADI e RSA over 64	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	2 Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	2.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2012 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni	10	% ≥ anno 2011 (Valore indicato dall'UOC Integrazione socio-sanitaria)	UOC Integrazione socio-sanitaria
	POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI	3 Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA Aziendali	3.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	5	rilevazione anno 2012 vs 2011	UOC Integrazione socio-sanitaria
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	4 Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità: potenziamento della rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	4.1 Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale-territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - post-ictus - post infarto miocardico - altro	10	SI (report)	Direz. Distretto sanitario /Controllo di gestione
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	5 Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio , secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UO Coordinamento CUP	5.1 N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	10	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a.: ≤ 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmazione Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	6 Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	6.1 N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	5	≥ 1%	UOS Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7 Redazione e realizzazione di un piano di miglioramento, sulla base di: • modello della qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni/reclami; • proposte del Comitato Consultivo aziendale; • standard carta dei servizi aziendale	7.1 Redazione del piano di miglioramento sulle aree critiche	5	SI (entro il 30.06.2012)	Direz. Distretto sanitario / UO Qualità
			7.2 Realizzazione delle azioni di miglioramento previste per le aree critiche rilevate nel piano di miglioramento	10	SI (report dettagliato)	
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	8 Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: B - C - M - ADI/SIAD - RIA ex-art.26 - DM contratti)	10	100%	Direz. Distretto sanitario / SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	9 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	9.1 Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	10	≤ 1	UO Co.An.
		10 Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	10.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	10	SI	Dip Risorse Umane
totale peso				100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DI PERTINENZA RELATIVI ALL'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA' Assistenza ADI - RSA over64 Alzheimer	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	2	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	2.1	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2012 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni	10	% ≥ anno 2011 (Valore indicato dall'UOC integrazione socio-sanitaria)	UOC Integrazione socio-sanitaria
	POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI	3	Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA Aziendali	3.1	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	5	rilevazione anno 2012 vs 2011	UOC Integrazione socio-sanitaria
	ATTIVAZIONE CENTRI DIURNI PER S. DI ALZHEIMER (Sub-Ob. AGENAS 2.4)	4	Attivazione di centri diurni per pazienti con deterioramento cognitivo, prioritariamente anziani, non autosufficienti, in assenza di gravi turbe comportamentali, presso strutture con requisiti strutturali adeguati al trattamento della disabilità	4.1	N. centri diurni attivati al 31/12/2012	10	1 Tracking: 30.04: I verifica 31.07: II verifica	Referente del "Centro di riferimento regionale Alzheimer" (dr. M. Giordano)
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	5	Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità: potenziamento della rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	5.1	Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale-territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - post-ictus - post infarto miocardico - altro	10	SI (report)	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	6	Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio, secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UO Coordinamento CUP	6.1	N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	10	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a: ≤ 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmazione Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	7	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	7.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	5	≥ 1%	UOS Comunicazione e informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	8	Redazione e realizzazione di un piano di miglioramento, sulla base di: • modello della qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni/feedback; • proposte del Comitato Consultivo aziendale; • standard carta dei servizi aziendale	8.1	Redazione del piano di miglioramento sulle aree critiche	5	SI (entro il 30.06.2012)	Direz. Distretto sanitario / UO Qualità
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	9	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	9.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: B - C - M - ADI/SIAD - RIA ex-art.26 - DM contratti)	10	100%	Direz. Distretto sanitario / SIS
		10	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	10.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	10	≤1	UO Co.An.
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	11	Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	11.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	Dip Risorse Umane
		totale peso					100	

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DI PERTINENZA RELATIVI ALL'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA	1.1 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA' Assistenza ADI e RSA over 64 (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	2 Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	2.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2012 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni	10	% ≥ anno 2011 (Valore indicato dall'UOC Integrazione socio-sanitaria)	UOC Integrazione socio-sanitaria
	POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI	3 Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA Aziendali	3.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	5	rilevazione anno 2012 vs 2011	UOC Integrazione socio-sanitaria
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	4 Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità: potenziamento della rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	4.1 Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale-territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - post-ictus - post infarto miocardico - altro	10	SI (report)	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (P.T.A.) (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	ATTIVAZIONE P.T.A. (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	5 Piena attivazione P.T.A. secondo standard organizzativo previsto a livello regionale	5.1 N. PTA attivati e funzionanti secondo lo standard organizzativo al 31/12/2012/ N. PTA attivati e funzionanti previsti	10	100%	Coordinatore sanitario area territoriale - UOC Programmaz. e organizz. Cure primarie
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	6 Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio, secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UO Coordinamento CUP	6.1 N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	10	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a: ≤ 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmaz. e organizz. Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	7 Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	7.1 N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	5	≥ 1%	UO Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	8 Redazione e realizzazione di un piano di miglioramento, sulla base di: • modello della qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni/reclami; • proposte del Comitato Consultivo aziendale; • standard carta dei servizi aziendale	8.1 Redazione del piano di miglioramento sulle aree critiche 8.2 Realizzazione delle azioni di miglioramento previste per le aree critiche rilevate nel piano di miglioramento	5 10	SI (entro il 30.06.2012) SI (report dettagliato)	Direz. Distretto sanitario / UO Qualità
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	9 Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	9.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: B - C - M - ADI/SIAD - RIA ex-art.26 - DM contratti)	10	100%	Direz. Distretto sanitario / SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	10 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	10.1 Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	10	≤1	UO Co.An.
		11 Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	11.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	Dip Risorse Umane
totale peso				100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DI PERTINENZA RELATIVI ALL'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA	1.1 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	15	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA' Assistenza ADI e RSA over 64	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	2 Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	2.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2012 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni	10	% ≥ anno 2011 (Valore indicato dall'UOC Integrazione socio-sanitaria)	UOC Integrazione socio sanitaria
	POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI	3 Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA Aziendali	3.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	10	rilevazione anno 2012 vs 2011	UOC Integrazione socio sanitaria
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	4 Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità: potenziamento della rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	4.1 Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale-territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - post-ictus - post infarto miocardico - altro	10	SI (report)	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	5 Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio , secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UO Coordinamento CUP	5.1 N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	10	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a: ≤ 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmazione Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	6 Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	6.1 N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	5	≥ 1%	UOS Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7 Redazione e realizzazione di un piano di miglioramento, sulla base di: • modello della qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni/reclami; • proposte del Comitato Consultivo aziendale; • standard carta dei servizi aziendale	7.1 Redazione del piano di miglioramento sulle aree critiche 7.2 Realizzazione delle azioni di miglioramento previste per le aree critiche rilevate nel piano di miglioramento	5 10	SI (entro il 30.06.2012) SI (report dettagliato)	Direz. Distretto sanitario / UO Qualità
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	8 Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: B - C - M - ADI/SIAD - RIA ex-art.26 - DM contratti)	10	100%	Direz. Distretto sanitario / SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	9 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	9.1 Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	10	≤1	UO Co.An.
		10 Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	10.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	Dip Risorse Umane
totale peso				100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DI PERTINENZA RELATIVI ALL'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA	1.1 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Direz. Distretto sanitario /Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA' Assistenza ADI e RSA over64 - Alzheimer	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	2 Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	2.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2012 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni	10	% ≥ anno 2011 (Valore indicato dall'UOC Integrazione socio-sanitaria)	UOC Integrazione socio-sanitaria
	POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI	3 Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA Aziendali	3.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	5	rilevazione anno 2012 vs 2011	UOC Integrazione socio-sanitaria
	ATTIVAZIONE CENTRI DIURNI PER S. DI ALZHEIMER (Sub-Ob. AGENAS 2.4)	4 Attivazione di centri diurni per pazienti con deterioramento cognitivo, prioritariamente anziani, non autosufficienti, in assenza di gravi turbe comportamentali, presso strutture con requisiti strutturali adeguati al trattamento della disabilità	4.1 N. centri diurni attivati al 31/12/2012	10	1 Tracking: 30.04: I verifica 31.07: II verifica	Referente del "Centro di riferimento regionale Alzheimer" (dr. M. Giordano)
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	5 Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità: potenziamento della rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	5.1 Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale-territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - post-ictus - post infarto miocardico - altro	10	SI (report)	Direz. Distretto sanitario /Controllo di gestione
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	6 Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio , secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UO Coordinamento CUP	6.1 N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	10	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a: ≤ 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmazione Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	7 Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	7.1 N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	5	≥ 1%	UOS Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	8 Redazione e realizzazione di un piano di miglioramento, sulla base di: • modello della qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni/reclami; • proposte del Comitato Consultivo aziendale; • standard carta dei servizi aziendale	8.1 Redazione del piano di miglioramento sulle aree critiche 8.2 Realizzazione delle azioni di miglioramento previste per le aree critiche rilevate nel piano di miglioramento	5 10	SI (entro il 30.06.2012) SI (report dettagliato)	Direz. Distretto sanitario / UO Qualità
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	9 Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	9.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: B - C - M - ADI/SIAD - RIA ex-art.26 - DM contratti)	10	100%	Direz. Distretto sanitario / SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	10 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	10.1 Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	10	≤1	UO Co.An.
		11 Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	11.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	Dip Risorse Umane
totale peso				100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DI PERTINENZA RELATIVI ALL'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA	1.1 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA' Assistenza ADI e RSA over64 - Alzheimer	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	2 Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	2.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2012 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni	10	% ≥ anno 2011 (Valore indicato dall'UOC Integrazione socio-sanitaria)	UOC Integrazione socio-sanitaria
	POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI	3 Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA Aziendali	3.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	5	rilevazione anno 2012 vs 2011	UOC Integrazione socio-sanitaria
	ATTIVAZIONE CENTRI DIURNI PER S. DI ALZHEIMER (Sub-Ob. AGENAS 2.4)	4 Attivazione di centri diurni per pazienti con deterioramento cognitivo, prioritariamente anziani, non autosufficienti, in assenza di gravi turbe comportamentali, presso strutture con requisiti strutturali adeguati al trattamento della disabilità	4.1 N. centri diurni attivati al 31/12/2012	10	1 Tracking: 30.04: i verifica 31.07: II verifica	Referente del "Centro di riferimento regionale Alzheimer" (dr. M. Giordano)
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	5 Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità: potenziamento della rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	5.1 Report trimestrale della casistica di pz. con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale-territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - post-ictus - post infarto miocardico - altro	10	SI (report)	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (P.T.A.) (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	ATTIVAZIONE P.T.A. (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	6 Piena attivazione P.T.A. secondo standard organizzativo previsto a livello regionale	6.1 N. PTA attivati e funzionanti secondo lo standard organizzativo al 31/12/2012/ N. PTA attivati e funzionanti previsti	10	100%	Coordinatore sanitario area territoriale - UOC Programmaz. e organizz. Cure primarie
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale. (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	7 Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio, secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UO Coordinamento CUP	7.1 N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	5	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a: S 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmaz. e organizz. Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	8 Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	8.1 N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	5	≥ 1%	UO Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	9 Redazione e realizzazione di un piano di miglioramento, sulla base di: • modello della qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni/reclami; • proposte del Comitato Consultivo aziendale; • standard carta dei servizi aziendale	9.1 Redazione del piano di miglioramento sulle aree critiche 9.2 Realizzazione delle azioni di miglioramento previste per le aree critiche rilevate nel piano di miglioramento	5 10	SI (entro il 30.06.2012) SI (report dettagliato)	Direz. Distretto sanitario / UO Qualità
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	10 Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	10.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: B - C - M - ADI/SIAD - RIA ex-art.26 - DM contratti)	10	100%	Direz. Distretto sanitario / SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	11 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	11.1 Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	5	≤ 1	UO Co.An.
		12 Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	12.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	Dip Risorse Umane
totale peso				100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DI PERTINENZA RELATIVI ALL'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA	1.1 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA' Assistenza ADI e RSA over 64 (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	2 Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	2.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2012 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni	10	% ≥ anno 2011 (Valore indicato dall'UOC Integrazione socio-sanitaria)	UOC Integrazione socio-sanitaria
	POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI	3 Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA Aziendali	3.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	5	rilevazione anno 2012 vs 2011	UOC Integrazione socio-sanitaria
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	4 Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità: potenziamento della rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	4.1 Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale-territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - post-ictus - post infarto miocardico - altro	10	SI (report)	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (P.T.A.) (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	ATTIVAZIONE P.T.A. (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	5 Piena attivazione P.T.A. secondo standard organizzativo previsto a livello regionale	5.1 N. PTA attivati e funzionanti secondo lo standard organizzativo al 31/12/2012/ N. PTA attivati e funzionanti previsti	10	100%	Coordinatore sanitario area territoriale - UOC Programmaz. e organizz. Cure primarie
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	6 Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio, secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UO Coordinamento CUP	6.1 N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	10	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a: ≤ 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmaz. e organizz. Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	7 Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	7.1 N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	5	≥ 1%	UO Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	8 Redazione e realizzazione di un piano di miglioramento, sulla base di: • modello della qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni/reclami; • proposte del Comitato Consultivo aziendale; • standard carta dei servizi aziendale	8.1 Redazione del piano di miglioramento sulle aree critiche 8.2 Realizzazione delle azioni di miglioramento previste per le aree critiche rilevate nel piano di miglioramento	5 10	SI (entro il 30.06.2012) SI (report dettagliato)	Direz. Distretto sanitario / UO Qualità
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	9 Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	9.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: B - C - M - ADI/SIAD - RIA ex-art.26 - DM contratti)	10	100%	Direz. Distretto sanitario / SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	10 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	10.1 Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	10	≤1	UO Co.An.
		11 Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	11.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	Dip Risorse Umane
totale peso				100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DI PERTINENZA RELATIVI ALL'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA 'CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA	1.1 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA' Assistenza ADI e RSA over 64 (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	2 Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	2.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2012 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni	10	% ≥ anno 2011 (Valore indicato dall'UOC Integrazione socio-sanitaria)	UOC Integrazione socio-sanitaria
	POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI	3 Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA Aziendali	3.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	5	rilevazione anno 2012 vs 2011	UOC Integrazione socio-sanitaria
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	4 Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità: potenziamento della rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	4.1 Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale-territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - post-ictus - post infarto miocardico - altro	10	SI (report)	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (P.T.A.) (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	ATTIVAZIONE P.T.A. (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	5 Piena attivazione P.T.A. secondo standard organizzativo previsto a livello regionale	5.1 N. PTA attivati e funzionanti secondo lo standard organizzativo al 31/12/2012/ N. PTA attivati e funzionanti previsti	10	100%	Coordinatore sanitario area territoriale - UOC Programmaz. e organizz. Cure primarie
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	6 Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio, secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UO Coordinamento CUP	6.1 N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	10	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a: S 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmaz. e organizz. Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	7 Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	7.1 N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	5	≥ 1%	UO Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	8 Redazione e realizzazione di un piano di miglioramento, sulla base di: • modello della qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni/reclami; • proposte del Comitato Consultivo aziendale; • standard carta dei servizi aziendale	8.1 Redazione del piano di miglioramento sulle aree critiche 8.2 Realizzazione delle azioni di miglioramento previste per le aree critiche rilevate nel piano di miglioramento	5 10	SI (entro il 30.06.2012) SI (report dettagliato)	Direz. Distretto sanitario / UO Qualità
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	9 Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	9.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: B - C - M - ADI/SIAD - RIA ex-art.26 - DM contratti)	10	100%	Direz. Distretto sanitario / SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	10 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	10.1 Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	10	≤1	UO Co.An.
		11 Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	11.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	Dip Risorse Umane
totale peso				100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DI PERTINENZA RELATIVI ALL'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA	1.1 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	15	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA' Assistenza ADI e RSA over 64	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	2 Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	2.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2012 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni	10	% ≥ anno 2011 (valore indicato dall'UOC Integrazione socio-sanitaria)	UOC Integrazione socio-sanitaria
	POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI	3 Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA Aziendali	3.1 N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	10	rilevazione anno 2012 vs 2011	UOC Integrazione socio-sanitaria
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	4 Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità: potenziamento della rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	4.1 Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale-territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - post-ictus - post infarto miocardico - altro	10	SI (report)	Direz. Distretto sanitario / Controllo di gestione
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	5 Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio, secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UO Coordinamento CUP	5.1 N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	10	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a: ≤ 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmazione Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCIPITA	6 Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	6.1 N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	5	≥ 1%	UOS Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7 Redazione e realizzazione di un piano di miglioramento, sulla base di: • modello della qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni/reclami; • proposte del Comitato Consultivo aziendale; • standard carta dei servizi aziendale	7.1 Redazione del piano di miglioramento sulle aree critiche 7.2 Realizzazione delle azioni di miglioramento previste per le aree critiche rilevate nel piano di miglioramento	5 10	SI (entro il 30.06.2012) SI (report dettagliato)	Direz. Distretto sanitario / UO Qualità
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	8 Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: B - C - M - ADI/SIAD - RIA ex-art.26 - DM contratti)	10	100%	Direz. Distretto sanitario / SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	9 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	9.1 Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	10	≤ 1	UO Co.An.
		10 Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	10.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	Dip Risorse Umane
totale peso				100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DI PERTINENZA RELATIVI ALL'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Direz.Distretto sanitario /Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA' Assistenza ADI e RSA over64 - Alzheimer - Cure palliative e Terapia del dolore	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-Ob. AGENAS 2.2)	2	Incremento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	2.1	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) trattati in ADI al 31.12.2012 / N° pazienti anziani ≥ 64 anni	10	% ≥ anno 2011 (Valore indicato dall'UOC Integrazione socio-sanitaria)	UOC Integrazione socio-sanitaria
	POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI	3	Incremento del numero di pazienti over 64 inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA Aziendali	3.1	N° pazienti anziani (età ≥ 64anni) inseriti in programmi di cure residenziali presso RSA aziendali al 31.12.2012	5	rilevazione anno 2012 vs 2011	UOC Integrazione socio-sanitaria
	POTENZIAMENTO RETE REGIONALE CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE (Sub-Ob. AGENAS 2.3)	4	Attivazione al 31/12/2012 dei posti residenziali in Hospice previsti dal Programma Operativo regionale 2010-2012	4.1	N. posti residenziali in Hospice attivati al 31/12/2012	10	18 pp.II. Hospice	Direz.Distretto sanitario /Controllo di gestione
	ATTIVAZIONE CENTRI DIURNI PER S. DI ALZHEIMER (Sub-Ob. AGENAS 2.4)	5	Attivazione di centri diurni per pazienti con deterioramento cognitivo, prioritariamente anziani, non autosufficienti, in assenza di gravi turbe comportamentali, presso strutture con requisiti strutturali adeguati al trattamento della disabilità	5.1	N. centri diurni attivati al 31/12/2012	10	1 Tracking: 30.04: I verifica 31.07: II verifica	Referente del "Centro di riferimento regionale Alzheimer" (dr. M. Giordano)
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	6	Gestione integrata Ospedale - Territorio per la cronicità: potenziamento della rete di collegamento tra Uffici Territoriali intraospedalieri e Servizi Distrettuali	6.1	Report trimestrale della casistica di pz con dimissioni facilitate/protette e con Piano di gestione integrata ospedale-territorio, per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito - scompenso cardiaco - post-ictus - post infarto miocardico - altro	6	SI (report)	Direz.Distretto sanitario /Controllo di gestione
PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (P.T.A.) (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	ATTIVAZIONE P.T.A. (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	7	Piena attivazione P.T.A. secondo standard organizzativo previsto a livello regionale	7.1	N. PTA attivati e funzionanti secondo lo standard organizzativo al 31/12/2012/ N. PTA attivati e funzionanti previsti	10	100%	Coordinatore sanitario area territoriale - UOC Programmaz. e organizz. Cure primarie
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	8	Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio , secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UO Coordinamento CUP	8.1	N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. totale prestazioni critiche prenotate	10	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr.tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a: ≤ 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmazione Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	9	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	9.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	3	≥ 1%	UOS Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	10	Redazione e realizzazione di un piano di miglioramento, sulla base di: • modello della qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni/reclami; • proposte del Comitato Consultivo aziendale; • standard carta dei servizi aziendale	10.1	Redazione del piano di miglioramento sulle aree critiche	3	SI (entro il 30.06.2012)	Direz. Distretto sanitario / UO Qualità
		10.2	Realizzazione delle azioni di miglioramento previste per le aree critiche rilevate nel piano di miglioramento	5		SI (report dettagliato)		
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	11	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	11.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: B - C - M - ADI/SIAD - RIA ex-art.26 - DM contratti)	10	100%	Direz. Distretto sanitario / SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	12	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	12.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	4	≤1	UO Co.An.
		13	Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	13.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	4	SI	Dip Risorse Umane
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
UOC Programmazione e organizzazione delle Cure Primarie								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA per la parte di pertinenza, relativi all'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività/azioni previste	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	4	SI	UOC Coordinamento Staff strategico
				1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	8	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	UOC Cure Primarie / Controllo di gestione
PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (P.T.A.) (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	ATTIVAZIONE P.T.A. (Sub-Ob. AGENAS 2.5)	2	Piena attivazione P.T.A. secondo standard organizzativo previsto a livello regionale	2.1	N. PTA attivati e funzionanti secondo lo standard organizzativo al 31/12/2012/ N. PTA attivati e funzionanti previsti	10	100%	Coordinatore sanitario area territoriale - UOC Programmaz. e organizz. Cure primarie
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	3	Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica strumentale nel rispetto dei codici di priorità e attività di monitoraggio, d'intesa con la UOS Coordinamento CUP	3.1	N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo criteri di priorità / N. prestazioni critiche totali prenotate	8	TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a: ≤ 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Cure Primarie / Coordinamento CUP
				4.1	Rilevazione trimestrale delle attività ALPI (volumi prestazionali/branca e relativa valorizzazione)	6	SI Report trimestrale	
	4.2	Rilevazione periodica dei TA in ALPI per le prestazioni critiche	6	SI Report				
	4.3	Rilevazione periodica dei TA in ALPI per le prestazioni critiche	6	SI Report				
INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	5	Incremento della gestione integrata ospedale-Territorio della cronicità (Pazienti con diabete mellito di tipo 2 - pazienti con scompenso cardiaco)	5.1	Report trimestrale della casistica relativa alla gestione integrata ospedale-territorio per ciascuno dei targets indicati: - diabete mellito di tipo 2 - scompenso cardiaco	6	SI Report trimestrale	UOC Cure Primarie /DISTRETTI e PTA
	CRONICITA'	6	Attivazione Ambulatori di Gestione Integrata (AGI) per le patologie croniche Diabete Mellito tipo 2 e Scompenso cardiaco)	6.1	N° AGI attivati / N. AGI programmati	6	100%	
EMERGENZA-URGENZA in ambito territoriale	GESTIONE DELLE URGENZE IN AMBITO TERRITORIALE	7	Potenziamento delle attività dei Punti Primo Intervento (PPI)	7.1	N° PPI attivati / N. PPI programmati	6	100%	
				7.2	Monitoraggio e Report trimestrale delle attività dei PPI	6	SI	
		8	Monitoraggio delle attività dei Presidi Territoriali di Emergenza (P.T.E.)	8.1	Report trimestrale del N. di accessi e del N. di prestazioni praticate dai P.T.E. aziendali, con invio al S.I.S. aziendale entro il 15 del mese successivo al trimestre di riferimento.	6	100%	UO PCG-SIS
DEBITO INFORMATIVO E FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	9	Trasmissione completa dei Flussi informativi vs AGENZIA DELLE ENTRATE/SOGEI: applicazione art. 50 L. 326/2003 per il rilascio dei ricettari	9.1	% di prescrizioni incomplete (senza attribuzione del Medico)	8	< 1%	UOC Cure Primarie / SIS
		10	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flusso B - Flusso C - Flusso M)	10.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flusso B - Flusso C - Flusso M)	10	100%	UO PCG-SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	11	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	11.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	5	≤ 1	UO Co.An.
		12	Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	12.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	Dip Risorse Umane
totale peso						100		

**Dip. Programmazione e Organizzazione delle Attività Territoriali
e dell'Integrazione Socio-sanitaria**

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
UOC Integrazione Socio-Sanitaria								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA per la parte di pertinenza, relativi all'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste	1.1	Redazione di uno specifico piano attuativo, secondo il PAA, relativo a obiettivi operativi, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	10	SI	UOC Coordinamento Staff strategico
				1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	15	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	UOC Integrazione Socio Sanitaria / Controllo di gestione
TUTELA DELLE FRAGILITA'	POTENZIAMENTO DELLA RETE REGIONALE DELLE R.S.A. (Sub-Ob. AGENAS 2.1)	2	Incremento del numero di posti disponibili in RSA al 31.12.2012 e sviluppo dell'assistenza residenziale per la popolazione over-64	2.1	N. posti in R.S.A. per anziani over 64 al 31/12/2012	15	N. programmato per il 2012 (+156)	UOC Integrazione Socio Sanitaria / Controllo di gestione
	POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (Sub-ob. AGENAS 2.2)	3	Aumento del numero di pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate	3.1	N° pazienti over- 64 trattati in ADI al 31.12.2012	15	7.580	UOC Integrazione Socio Sanitaria / Controllo di gestione
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	4	Trasmissione completa dei flussi di pertinenza entro i tempi previsti (Flusso SIAD/ex ADI - Flusso FAR/ex RSA)	4.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flusso SIAD/ex ADI - Flusso FAR/ex RSA)	15	100%	UO PCG-SIS
GESTIONE RISORSE	ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO PRESSO LE RSA	5	Incremento delle attività di vigilanza e controllo presso le RSA (aziendali e convenzionate)	5.1	Definizione procedure di richiesta di materiali sanitari e farmaci vs Servizi di Farmacia; procedure di richiesta di prodotti per Assistenza Integrativa e protesica vs Dip. di Medicina Riabilitativa	10	SI (report)	Dip Farmaceutico / Dip Medicina Riabilitativa
	EFFICIENZA GESTIONALE	6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	6.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	10	≤ 1	UO Co.An.
		7	Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	7.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	10	SI	Dip Risorse Umane
totale peso						100		

Dip. Programmazione e Organizzazione delle Attività Territoriali
 e dell'Integrazione Socio-sanitaria

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	------------	------	-----------	------------------------------------

Area strategica	UOC Medicina Legale e Fiscale							
FLUSSI INFORMATIVI vs STAKEHOLDERS	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	1	Tempestività, completezza e adeguatezza dei Flussi informativi verso INPS (Commissioni Invalidità e Legge 104)	1.1	Invio sistematico dei flussi informativi vs INPS, con notifica trimestrale all'U.O. Programmazione Controllo di gestione e SIS	30	100% Relazione trimestrale	UOC Medicina Legale e Fiscale /UO Controllo di gestione e SIS
ATTIVITA' DI CONTROLLO	MEDICINA LEGALE e FISCALE	2	Efficienza dei controlli fiscali sulle assenze per malattia del personale	2.1	N° controlli fiscali eseguiti / N° richieste di visite fiscali pervenute alle UU.OO. Di Medicina legale e fiscale	30	≥ 75%	UOC Medicina Legale e Fiscale /Distretti
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	3.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	20	≤ 1	UO Co.An.
		4	Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	4.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	20	SI	Dip Risorse Umane
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo	
	Dipartimento di Medicina Riabilitativa		Ind				
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA per la parte di pertinenza, relativi all'AREA DELLA MEDICINA RIABILITATIVA	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste	1.1 Redazione di uno specifico piano attuativo, secondo il PAA, relativo a obiettivi operativi, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma secondo Gantt	5	SI	UOC Coordinamento Staff strategico	
			1.2 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Medicina Riabilitativa / Controllo di gestione	
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (IV.1.1 PAA)	2 Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica dell'efficacia del programma di "igiene delle mani" secondo procedura aziendale (Relazione delle attività svolte)	5	SI (produrre relazione delle attività svolte)	CIO
	EFFICACIA E APPROPRIATEZZA (IV.1.3 - PAA)	3 Prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Implementazione raccomandazione per la prevenzione del tromboembolismo venoso (report di verifica)	5	SI (produrre report di verifica)	Dip. Medicina Riabilitativa / U.O. Qualità e Progettazione
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	4 Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	4.1 N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	5	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione	
			5.1 N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	5	≥ 1%		
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	6 Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	6.1 Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	5	SI (piano di miglioramento)	Dip. Medicina Riabilitativa / U.O. Qualità e Progettazione	
			6.2 Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	10	100% (report delle verifiche)		
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	7 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica strumentale nel rispetto dei codici di priorità e attività di monitoraggio (d'intesa con la UOS Coordinamento CUP)	7.1 Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa (PRGTA 2011-2013) secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione Organizzazione Cure Primarie e UOS Coordinamento CUP (produrre relazione delle attività svolte)	5	SI (produrre relazione delle attività svolte)	UOC Programmazione Cure primarie	
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	8 Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flusso A - Flusso C - Flusso RIA ex art.26)	8.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni, entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flusso A - Flusso C - Flusso RIA ex art.26)	10	100%	UO PCG-SIS	
ATTIVITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE	MIGLIORAMENTO DELL'OFFERTA IN AMBITO TERRITORIALE	9 Incremento dell'offerta assistenziale riabilitativa diretta territoriale	9.1 Apertura di n. 1 centro aziendale ex art. 26 L. 833/78.	4	SI (entro il 1° semestre)	DIP MED RIAB	
		10 Incremento dell'offerta assistenziale riabilitativa residenziale	10.1 N° pazienti in carico presso la RSA riabilitativa 1 (per disabili)	4	trend in crescita (report trimestrale)	DIP MED RIAB /UOC Integraz Scio Sanitaria	
			10.2 N° pazienti in carico presso la RSA riabilitativa 2	4	trend in crescita (report trimestrale)		
OUTCOME/ESITI	GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO	11 Miglioramento della gestione integrata ospedale-territorio su target specifici	11.1 Elaborazione e invio ai Presidi ospedalieri delle modalità di accesso dei pazienti cerebro-mielolesi al Presidio di Villa delle Ginestre, per la relativa presa in carico	4	SI	DIP MED RIAB / UO Qualità	
ATTIVITA' DI CONTROLLO	MIGLIORAMENTO DEI CONTROLLI IN AMBITO RIABILITATIVO	12 Elaborazione di Procedure per l'esecuzione dei controlli nelle strutture accreditate presenti nei distretti.	12.1 Predisposizione Procedure per i controlli sulle strutture accreditate e sull'erogazione dei presidi di assistenza protesica e integrativa dell'area di pertinenza . (Procedure per ciascuno dei seguenti ambiti: a) controlli sulle strutture accreditate b) fornitura di ventilatori c) forniture di presidi e ausili per l'assistenza integrativa e protesica, anche di concerto con UOC Integrazione Socio-sanitaria)	5	SI (entro il 1° trimestre)	DIP MED RIAB	
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	13 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	13.1 Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	4	≤ 1	UO Co.An.	
		14 Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	14.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	4	SI	DRU	
		15 Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	15.1 Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. attive rappresentate nel Dipartimento UOC Coordinamento Assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare	3	100%	Struttura Tecnica OIV	
15.2 Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. attive rappresentate nel Dipartimento UOC Medicina Fisica e Riabilitazione Intensiva - Centro "Villa delle ginestre"	3		100%	Struttura Tecnica OIV			

totale peso 100

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	--	------------	------	-----------	------------------------------------

Area strategica	UOC Coordinamento Assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare							
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCIPITA	1	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali	1.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	10	≥ 1%	DIP MED RIAB
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	2	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	2.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	SI	DIP MED RIAB
				2.2	Raggiungimento obiettivi sulle aree critiche oggetto di miglioramento	15	SI	DIP MED RIAB
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	3	Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale nel rispetto dei codici di priorità e relativa attività di monitoraggio (d'intesa con la UOS Coordinamento CUP)	3.1	Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa (PRGTA 2011-2013) secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione Organizzazione Cure Primarie e UOS Coordinamento CUP (produrre relazione delle attività svolte)	15	SI (relazione delle attività svolte)	UOC Programmazione Cure primarie
ATTIVITA' DI CONTROLLO IN AMBITO RIABILITATIVO	MIGLIORAMENTO DEI CONTROLLI	4	Applicazione delle Procedure dipartimentali sui controlli delle strutture accreditate presenti nei distretti.	4.1	N. dei controlli effettuati secondo Procedura dipartimentale sulle strutture accreditate / N. totale strutture accreditate presenti sul territorio.	15	> 80%	DIP MED RIAB
		5	Incremento dei controlli sanitari sul rispetto dell' appropriatezza dei trattamenti riabilitativi prescritti ed effettuati	5.1	N. trattamenti riabilitativi su cui si effettuano i controlli sanitari di appropriatezza prescrittiva / N. trattamenti riabilitativi prescritti (su un campione del 10% dei trattamenti riabilitativi prescritti)	15	100% del campione	DIP MED RIAB
		6	Incremento dei controlli sanitari e amministrativi sull' appropriatezza delle forniture di ventilatori polmonari e di presidi e ausili di assistenza integrativa e protesica secondo procedure/protocolli del Dipartimento	6.1	N. autorizzazioni su cui sono effettuati controlli di appropriatezza per le forniture di ventilatori polmonari e di presidi e ausili di assistenza integrativa e protesica secondo procedure/protocolli del Dipartimento / N. totale autorizzazioni rilasciate (su un campione del 10% e limitatamente alle forniture per Ass. Integr. e protesica erogate da parafarmacie e sanitarie).	20	100% del campione	DIP MED RIAB
					totale peso	100		

Area strategica	UOC Medicina Fisica e Riabilitazione Intensiva - Centro riabilitativo di alta spec. "Villa delle ginestre"							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	SICUREZZA DEI PAZIENTI (IV.1.1 PAA)	1	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	1.1	Verifica con frequenza semestrale dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico sulle cartelle cliniche in un giorno indice: produrre report di verifica	15	SI (report di verifica)	UO Qualità e Progettazione e UO Risk Management
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCIPITA	2	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	2.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	15	≥ 5%	DIP MED RIAB
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	3	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	3.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	15	SI	DIP MED RIAB
				3.2	Raggiungimento obiettivi sulle aree critiche oggetto di miglioramento	20	SI	DIP MED RIAB
OUTCOME/ESITI	CAPACITA' DI ATTRAZIONE	4	Miglioramento della capacità di attrazione del Centro di Riabilitazione Intensiva "Villa delle Ginestre"	4.1	N. pazienti cerebro-mielolesi segnalati da Strutture Ospedaliere extraprovinciali / N. pazienti cerebro-mielolesi presi in carico dal Presidio di Villa delle Ginestre per trattamento riabilitativo	15	> anno 2011	DIP MED RIAB / DIREZIONI SAN PP.OO.
		5	Ottimizzazione del tasso di occupazione dei posti letto	5.1	Indice di occupazione dei posti letto	20	trend in crescita	DIP MED RIAB
					totale peso	100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo	Fonte del dato x la misurazione del risultato			
Dipartimento Salute della Donna e del Bambino										
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DEL PAA, per la parte di pertinenza, relativi all'AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE (Tabella III.2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA, in merito a: -III.2.1 Percorso Nascita -III.2.2 Procreazione responsabile -III.2.3 Percorso IVG -III.2.4 Percorso salute sessuale e riproduttiva dell'età giovanile -III.2.5 Percorso salute sessuale e riproduttiva delle Donne migranti -III.2.6 Prevenzione mortalità neonatale, materna e delle m. perinatali -III.2.7 Puerperio e salute del neonato e del bambino -III.2.8 Educazione alla salute, corretti stili di vita in pediatria e Adolescenza -III.2.9 Integrazione ospedale-territorio e PDT in pediatria -III.2.10 Tutela del minore e della donna	1.1	Redazione del piano attuativo d'area, relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	4	SI	UOC Coordinamento Staff strategico	UOC Coordinamento Staff strategico	
		2		2.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	6	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Donna Bambino / Controllo di gestione	Dip. Salute Donna Bambino / Controllo di gestione	
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 PAA)	3	AdeSIONE al progetto "Patient safety and emergency department", relativo all'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	3.1	Verifica dell'efficacia del programma di "igiene delle mani" secondo procedura aziendale (produrre relazione delle attività svolte)	4	SI (produrre relazione delle attività svolte)	CIO	CIO	
		4		4.1	Coordinamento del programma "attribuzione job description" per tutto il personale infermieristico (produrre relazione delle attività svolte)	4	SI (produrre relazione delle attività svolte)	Dip. Salute Donna Bambino / UO Risk Management	Dip. Salute Donna Bambino / UO Risk Management	
	EFFICACIA e APPROPRIATEZZA (Tab. IV.1.3)	5	Implementazione raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso (TEV)	5.1	Monitoraggio dell'applicazione della raccomandazione per la prevenzione del Trombolismo venoso	4	SI (produrre report)	Dipartimento Salute donna bambino / Dip Farmaceutico	Dipartimento Salute donna bambino / Dip Farmaceutico	
	EFFICACIA e APPROPRIATEZZA (Tab. IV.1.4)	6	Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	6.1	Monitoraggio dell'applicazione della linea guida di antibiotico profilassi perioperatoria	4	SI (produrre report)	Dipartimento Salute donna bambino / UO Qualità	Dipartimento Salute donna bambino / UO Qualità	
	EFFICACIA e APPROPRIATEZZA (Tab. IV.1.5)	7	Implementazione linea guida sul taglio cesareo	7.1	Monitoraggio dell'applicazione della linea guida sul taglio cesareo	4	SI (produrre report)			
	EFFICACIA e APPROPRIATEZZA (Tab. IV.1.6)	8	Valutazione outcome PNE	8.1	Partecipazione a formazione regionale auditing e report annuale auditing	4	SI (produrre report)			
TEMPI DI ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	9	Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale nel rispetto dei codici di priorità, anche con riferimento al Piano Attuativo Aziendale, secondo il PRGTA 2011-2013 (Tab. IV.1.8)	9.1	Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel Piano regionale governo tempi di attesa 2011-2013 secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione Organizzazione Cure primarie e UOS CUP (produrre relazione delle attività svolte)	8	SI (report annuale)	UOC Programmazione Cure primarie	UOC Programmazione Cure primarie	
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	10	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flusso P/CeDAP - Flusso IVG - Flussi D11 e D12)	10.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flusso P/CeDAP - Flusso IVG - Flussi D11 e D12)	8	100%	UO Progr. controllo di gestione /SIS	UO Progr. controllo di gestione /SIS	
ESITI (Ob. AGENAS n.3)	RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI (Sub-Ob. AGENAS 3.2)	11	Riduzione dell'incidenza di parti cesarei su donne non precesarizzate	11.1	N. parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / n. totale parti di donne residenti nella provincia	8	20% Trend in riduzione - Rilevazione al 30 aprile 2012 e al 30.06.2012* semestre	Dip. Salute Donna / Referente Dip.le per il PNE	Dip. Salute Donna / Referente Dip.le per il PNE	
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	12	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit clinico	12.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	4	SI (piano di miglioramento)	Dip. Salute Donna Bambino / U.O. Qualità e Progettazione	Dip. Salute Donna Bambino / U.O. Qualità e Progettazione	
		12.2	Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	4	100% (report delle verifiche)					
PREVENZIONE ONCOLOGICA	ESTENSIONE DEGLI SCREENING ONCOLOGICI	13	Estensione degli screening oncologici per il Ca della cervice uterina	13.1	N. Inviti / popolazione target (Cervicocarcinoma)	6	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Referente scientifico Screening cervicocarcinoma	Referente scientifico Screening cervicocarcinoma	
		14		14.1	Popolazione testata / popolazione target invitata (Cervicocarcinoma)	4				
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	15	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	15.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	4	≤ 1	UO Co.An.	UO Co.An.	
		16	Censimento del personale relativo alla struttura per centro di costo	16.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	4	SI	Dip Risorse Umane	Dip Risorse Umane	
		17	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	17.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento - Territorio: UOC Salute Donna e Bambino Territoriale	3		100%	Struttura Tecnica OIV	Struttura Tecnica OIV
				17.2	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	2				
				17.3	UOC Pediatria - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	2				
				17.4	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	2				
				17.5	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	3				
				17.6	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G. Ingrassia-Palermo - DO PA3	2				
17.7	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	2								
				totale peso 100						

Area strategica	OGGETTI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo	Fonte del dato x la misurazione del risultato
-----------------	------------------	---------------------	------------	------	-----------	------------------------------------	---

Area strategica	UOC Salute Donna e Bambino Territoriale (Consultori Familiari)								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OGGETTI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi all'AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE (Tabella III.2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA, in merito a: -III.2.1 Percorso Nascita -III.2.2 Procreazione responsabile -III.2.3 Percorso IVG -III.2.4 Percorso salute sessuale e riproduttiva dell'età giovanile -III.2.5 Percorso salute sessuale e riproduttiva delle Donne migranti -III.2.6 Prevenzione mortalità neonatale, materna e delle m. perinatali -III.2.7 Puerperio e salute del neonato e del bambino -III.2.8 Educazione alla salute, corretti stili di vita in pediatria e Adolescenza -III.2.9 Integrazione ospedale-territorio e PDT in pediatria -III.2.10 Tutela del minore e della donna	1.1	Redazione del piano attuativo d'area, relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	10	SI	UOC Coordinamento Staff strategico	UOC Coordinamento Staff strategico
		2		2.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Donna Bambino	Dip. Salute Donna Bambino
ESITI	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	4	Promozione dell'allattamento al seno	4.1	N. Donne che allattano al seno alla dimissione dal punto nascita	15	trend in crescita	Dip. Salute donna bambino	Dip. Salute donna bambino
		5	Incremento dell'offerta assistenziale alla popolazione immigrata	5.1	N. Donne straniere prese in carico dai Consultori Familiari	20	trend in crescita (rispetto anni precedenti)	Dip. Salute donna bambino	Dip. Salute donna bambino
PREVENZIONE ONCOLOGICA	ESTENSIONE DEGLI SCREENING ONCOLOGICI	6	Estensione degli screening oncologici per il Ca della cervice uterina	6.1	N. Inviti / popolazione target (Cervicocarcinoma)	20	(adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato)	Referente scientifico Screening cervicocarcinoma	Referente scientifico Screening cervicocarcinoma
				6.2	Popolazione testata / popolazione invitata (target: Cervicocarcinoma)	15			
totale peso						100			

Area strategica	UU.OO.CC. ospedaliere di "Ginecologia e Ostetricia" - Dip Salute Donna e Bambino									
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OGGETTI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi all'AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE (Tabella III.2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA: -III.2.6 Prevenzione mortalità neonatale, materna e delle m. perinatali -III.2.7 Puerperio e salute del neonato e del bambino -III.2.9 Integrazione ospedale-territorio e PDT in pediatria -III.2.10 Tutela del minore e della donna	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute donna bambino	UOC Coordinamento Staff strategico / Controllo di gestione	
		2	Adesione al progetto "Patient safety and emergency department", relativo all'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	10	≥ 2 verifiche (produrre report)	Dip. Salute donna bambino - Direzione San. P.O.	Dip. Salute donna bambino - Direzione San. P.O.	
				3.1	N. unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N. unità di personale infermieristico in servizio	10	≥ 80%	Dip. Salute donna bambino	Dip. Salute donna bambino	
		EFFICACIA e APPROPRIATEZZA (Tab. IV.1.3)	4	Prevenzione del Tromboembolismo venoso	4.1	Implementazione raccomandazione per la prevenzione del tromboembolismo venoso (allegare report di verifica)	10	SI (produrre report)	Dip. Salute donna bambino - Dip. Farmaceutico	Dip. Salute donna bambino - Dip. Farmaceutico
					5	Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	5.1	N. di interventi chirurgici (eccetto taglio cesareo) con antibiotico profilassi eseguita immediatamente prima delle manovre anestesiolgiche e comunque nei 30-60 minuti che precedono l'incisione della cute / N. di interventi chirurgici che prevedono antibiotico profilassi (rilevazione semestrale in un giorno indice)	10	≥ 90% (indicare n° interventi chirurgici che prevedono antibiotico profilassi e produrre report)
ESITI (Ob. AGENAS n. 3)	RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI (Sub-Ob. AGENAS 3.2)	6	Riduzione dell'incidenza di parti cesarei su donne non precesarizzate	6.1	N. parti cesarei su donne non precesarizzate / N. tot parti in donne non precesarizzate	15	≤ 20% (o trend in diminuzione rispetto anni precedenti)	Dip. Attività Ospedaliere / Referente Dip.le per il PNE	Dip. Attività Ospedaliere / Referente Dip.le per il PNE	
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	7.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento delle aree critiche, elaborato a livello Dipartimentale	15	SI	Dip. Salute Donna e Bambino / UO Qualità e Progettazione	Dip. Salute Donna e Bambino / UO Qualità e Progettazione	
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	8	Rapporto costi diretti/ricavi	8.1	Importo costo del personale, beni sanitari/ricavi R.O. - DH - Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.	UO Co.An.	
totale peso						100				

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo	Fonte del dato x la misurazione del risultato
UU.OO.CC. ospedaliere di Pediatria e UTIN - UOC Neonatologia							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi all'AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE (Tabella III.2 - LG PAA)	Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA: -III.2.6 Prevenzione mortalità neonatale, materna e delle m. perinatali -III.2.7 Puerperio e salute del neonato e del bambino -III.2.9 Integrazione ospedale-territorio e PDT in pediatria -III.2.10 Tutela del minore e della donna	1.1 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	25	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute donna bambino	UOC Coordinamento Staff strategico / Controllo di gestione
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 PAA)	Adesione al progetto "Patient safety and emergency department", relativo all'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.1 Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	15	≥ 2 verifiche (produrre report)	Dip. Salute donna bambino - Direzione San. P.O.	Dip. Salute donna bambino - Direzione San. P.O.
			3.1 N. unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N. unità di personale infermieristico in servizio	15	≥ 80%	Dip. Salute donna bambino	Dip. Salute donna bambino
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/2010); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	4.1 Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento delle aree critiche, elaborato a livello Dipartimentale	15	SI	Dip. Salute Donna e Bambino - UO Qualità e Progettazione	Dip. Salute Donna e Bambino - UO Qualità e Progettazione
		5 Implementazione della "Scheda Unica di Terapia"	5.1 N° cartelle cliniche con Scheda Unica di Terapia / N° pz dimessi	15	100%	Dip. Salute Donna e Bambino / UO Risk Management	Dip. Salute Donna e Bambino / UO Risk Management
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	6 Rapporto costi diretti/ricavi	6.1 Importo costo del personale, beni sanitari /ricavi R.O. - DH - Amb.	15	≤ 1	UO Co.An.	UO Co.An.
totale peso				100			

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	Dipartimento di Medicina, di Emergenza e Accettazione							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per le parti di pertinenza: EMERGENZA CARDIOLOGICA (Tabella III.5.2 - LG PAA)	1	Partecipazione alla rete dell'infarto	1.1	Elaborazione e monitoraggio dell'applicazione nelle UU.OO. di Pronto soccorso aziendali del percorso assistenziale sull'infarto (STEMI)	15	SI (produrre report)	Dip. Medicina, Emergenz, Accettaz. / UO Qualità
		2	Gestione delle aritmie	2.1	Elaborazione e monitoraggio dell'applicazione nelle UU.OO. di Pronto soccorso aziendali di protocollo sulla gestione delle aritmie	15	SI (produrre report)	Dip. Medicina, Emergenz, Accettaz. / UO Qualità
	OBIETTIVI del PAA, per le parti di pertinenza: AREA DELLE NEUROSCIENZE (Tabella III.6.1 - LG PAA)	3	Partecipazione alla rete dell'emergenza neurologica, con particolare riferimento ai percorsi diagnostico-terapeutici e di collegamento con le stroke units	3.1	Elaborazione e monitoraggio dell'applicazione nelle UU.OO. di Pronto soccorso aziendali di percorsi di diagnosi precoce dell'ictus	15	SI (produrre report)	Dip. Medicina, Emergenz, Accettaz. / UO Qualità
		SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	4	Adesione al progetto "Patient safety and emergency department", relativo all'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	4.1	Coordinamento del programma "attribuzione job description" per tutto il personale infermieristico (produrre relazione delle attività svolte)	15	SI (produrre relazione delle attività svolte)
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	5	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flusso EMUR aziendale)	5.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flusso EMUR aziendale)	20	100%	UO Progr. controllo di gestione / SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	6.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012 / budget assegnato come da apposita scheda	10	≤ 1	UO Co.An.
		7	Censimento del personale relativo alla struttura per ogni centro di costo	7.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	10	SI	DIP Risorse Umane
totale peso						100		

UU.OO.CC. di Medicina (vedasi scheda-obiettivi Presidio Ospedaliero)

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica Dipartimento della Programmazione e organizzazione delle Attività Ospedaliere						
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per le parti di pertinenza, relativi all'AREA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA (Tabella II.3 - LG PAA)	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste dal PAA	1.1 Redazione del piano attuativo d'area, relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	10	SI	UOC Coordinamento Staff strategico
			1.2 N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Attività Ospedaliere / Direzioni Sanitarie Dei PP.OO.
	EFFICACIA e APPROPRIATEZZA (Tab. IV.1.3)	2 Implementazione raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	2.1 Monitoraggio dell'applicazione della raccomandazione per la prevenzione del Trombolismo venoso nei Distretti Ospedalieri	5	SI (produrre report)	
	EFFICACIA e APPROPRIATEZZA (Tab. IV.1.4)	3 Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	3.1 Monitoraggio dell'applicazione della linea guida di antibiotico profilassi perioperatoria nei Distretti Ospedalieri	5	SI (produrre report)	
EFFICACIA e APPROPRIATEZZA (Tab. IV.1.6)	4 Valutazione outcome PNE	4.1 Partecipazione a formazione regionale auditing e report annuale auditing	5	SI (produrre report)		
ESITI	UTILIZZO APPROPRIATO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE	5 Riduzione della Mobilità passiva tramite incremento dei DRG "CRITICI" anche attraverso l'ospedalità privata.	5.1 Procedure per l'incremento (su base provinciale) del N. di ricoveri per DRG "CRITICI" -DRG 9, 35, 42, 225, 241, 256, 500, 503, 518 - anche attraverso le Case di Cura accreditate.	5	SI (entro il 1° trimestre)	
		6 Riduzione tasso di ospedalizzazione	6.1 Definizione di procedure finalizzate alla riduzione del Tasso di ospedalizzazione x 1.000 Abitanti (su base provinciale)	5	SI (entro il 1° trimestre)	
		7 Incremento delle attività in DAY SERVICE	7.1 Definizione di procedure per l'incremento ed il miglioramento dell'appropriatezza delle attività in Day service per i DRG previsti dalle direttive regionali	5	SI (entro il 1° trimestre)	
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	8 Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flussi: A - Day Service - RAD Esiti - T)	8.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flussi: A - Day Service - RAD Esiti - T)	10	100%	UO Progr. controllo di gestione /SIS
GESTIONE APPROPRIATA DELLE RISORSE	ATTIVITA' DI CONTROLLO DELLA PRODUTTIVITA'	9 Monitoraggio di indicatori di produttività (D.A. n. 1821 del 26 sett 2011) e di appropriatezza in ambito ospedaliero	9.1 Rilevazione trimestrale del peso medio DRG, per ciascun presidio ospedaliero	3	SI	Dip. Attività Ospedaliere / Controllo di gestione
			9.2 Rilevazione trimestrale del peso medio DRG, per ciascuna U.O.C.	3	SI	
			9.3 Rilevazione trimestrale dell'Indice di occupazione dei posti letto	3	SI	
			9.4 Rilevazione trimestrale DRG ad alto rischio di inappropriatazza (L.E.A.)	3	SI	
			9.5 Rilevazione trimestrale Ricoveri di 1 giorno in R.O. effettuati	3	SI	
			9.6 Rilevazione trimestrale DRG chirurgici / DRG area medica (per le UO/OCC di area chirurgica, e ad esclusione dei parti cesarei)	3	SI	
			9.7 Rilevazione trimestrale interventi chirurgici / N° posti letto	3	SI	
			9.8 Rilevazione trimestrale delle valorizzazioni (ricavi) per CdR con posti letto, e comunicazione del dato alla U.O. Programmazione e Controllo di Gestione - SIS	3	SI	
	EFFICIENZA GESTIONALE	10 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	10.1 Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	5	≤ 1	UO Co.An.
		11 Censimento del personale relativo alla struttura per ogni centro di costo	11.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	3	SI	DIP Risorse Umane
	12 Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	12.1 Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: UOC "Ospedalità Pubblica"		4	100%	Struttura Tecnica OIV
				4		Struttura Tecnica OIV
				Totale peso	100	

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica U.O.C. "Ospedalità Pubblica"								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza: AREA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA (Tabella II.3 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal Piano attuativo dipartimentale	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	30	adesione ai valori che saranno indicati dal Dipartimento	Dip Progr. Organizz. Attività Ospedaliere
ATTIVITA' DI CONTROLLO	CONTROLLO SDO	2	Controlli eseguiti sulle SDO dei PP.OO. Aziendali e delle Aziende Ospedaliere della Provincia, secondo indicazioni del D.A. 11 aprile 2011	2.1	N° SDO controllate nel 2012 in ambito provinciale	20	100%	Dip Progr. Organizz. Attività Ospedaliere
		3	Monitoraggio dei ricoveri in DAY SERVICE, secondo procedure dipartimentali	3.1	N. ricoveri in Day-service / N. Ricoveri ordinari per i DRG realizzabili in Day service previsti dalle direttive regionali	20	report trimestrale (flusso Day-service)	Dip Progr. Organizz. Attività Ospedaliere
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	4	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flussi: A - Day Service - RAD Esiti)	4.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flussi: A - Day Service - RAD Esiti)	30	100%	UO Progr. controllo di gestione /SIS
Totale peso						100		

Area strategica U.O.C. "Ospedalità Privata"								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza: AREA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA (Tabella II.3 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal Piano attuativo dipartimentale	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	30	adesione ai valori che saranno indicati dal Dipartimento	Dip Progr. Organizz. Attività Ospedaliere
ATTIVITA' di CONTROLLO	CONTROLLO SDO	2	Controlli eseguiti sulle SDO delle Case di Cura accreditate, secondo indicazioni del D.A. 11 aprile 2011	2.1	N° SDO controllate nel 2012 per le case di cura accreditate della Provincia	20	100%	Dip Progr. Organizz. Attività Ospedaliere
		3	Monitoraggio dei ricoveri in DAY SERVICE, secondo procedure dipartimentali	3.1	N. ricoveri in Day-service / N. Ricoveri ordinari per i DRG realizzabili in Day service previsti dalle direttive regionali	20	report trimestrale (flusso Day-service)	Dip Progr. Organizz. Attività Ospedaliere
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	4	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flussi: A - Day Service - RAD Esiti - T)	4.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flussi: A - Day Service - RAD Esiti - T)	30	100%	UO Progr. controllo di gestione /SIS
Totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	------------	------	-----------	------------------------------------

Area strategica	DIREZIONE SANITARIA PP.OO. Integrati "Civico" di Partinico e "Dei Bianchi" di Corleone							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	1	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	1.1	Verifica dell'efficacia del programma di "igiene delle mani" secondo procedura aziendale (Relazione delle attività svolte)	5	SI (relazione delle attività svolte)	Direzione Sanitaria P.O. e Presidente delegato C.I.O.
		2		2.1	Coordinamento del programma "attribuzione job description" per tutto il personale infermieristico (produrre relazione delle attività svolte)	5	SI (relazione delle attività svolte)	Direzione Sanitaria P.O. e Referente di Presidio per il Rischio clinico
		3		3.1	N° UU.OO. in cui è stata effettuata la valutazione dell'applicazione degli standard sulle cartelle cliniche / N° UU.OO. di degenza e pronto soccorso	5	100% (report delle verifiche)	Direzione P.O. e Referente di Presidio per il Rischio clinico
TEMPI DI ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	4	Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale nel rispetto dei codici di priorità	4.1	Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel Piano regionale governo tempi di attesa (PRGTA 2011-2013) secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione Organizzazione Cure primarie e UOS CUP (produrre relazione delle attività svolte)	8	SI (relazione delle attività svolte)	UOC Programmazione organizzazione Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	5	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	5.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	4	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
		6		6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	4	≥ 1%	
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7		7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	4	SI (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
		7.2		Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	6	100% (report delle verifiche)		
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	8	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flussi: A - DSAO - RAD Esiti)	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flussi: A - DSAO - RAD Esiti) (verifiche trasmissione Flusso C - Flusso EMUR)	10	100%	UO Progr. controllo di gestione /SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	9	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	9.1	Applicazione delle procedure dipartimentali per l'incremento ed il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri in Day service sui 15 DRG di cui ai decreti assessoriali 11.05.09 - 19.3.10 - 5.11.10 e successive direttive regionali	8	SI report trimestrale	Dip Attività Ospedaliere
		10		10.2	N°DRG chirurgici /N° DRG medici	10	trend in crescita ≥ anno 2011	Dip Attività Ospedaliere
		Censimento e smaltimento beni fuori uso		11.3	Censimento dei beni fuori uso giacenti presso il P.O.	4	SI report entro il 1° sem. 2012	UOC Facility Management
				12.4	N. Beni fuori uso per i quali è stata attivata procedura di smaltimento / N. beni fuori uso in giacenza	3	100%	UOC Facility Management
		13		13.5	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	4	≤ 1	UO Co.An.
		14		14.6	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	4	SI	Dip Risorse Umane
		15		15.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Medicina Interna - P.O. Civico di Partinico	2	100%	Struttura Tecnica OIV
				15.2	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Medicina Interna - P.O. dei Bianchi di Corleone	2		
				15.3	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Cardiologia - P.O. Civico di Partinico	2		
				15.4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Malattie Metaboliche - P.O. Civico di Partinico	2		
				15.5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Chirurgia Generale - P.O. Civico di Partinico	2		
				15.6	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Chirurgia Generale - P.O. dei Bianchi di Corleone	2		
				15.7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Urologia - P.O. Civico di Partinico	2		
				15.8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Ortopedia e Traumatologia - P.O. Civico di Partinico	2		
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	------------	------	-----------	------------------------------------

UU.OO.CC. Medicina Interna (P.O. Civico di Partinico e P.O. Bei Bianchi di Corleone)

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	INTEGRAZIONE OSPEDALE- TERRITORIO PER LA GESTIONE DELLA CRONICITA' (Tab. II.2.2 - LG PAA)	1	Realizzazione della continuità assistenziale ospedale- territorio per pazienti con patologie croniche	1.1	N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco dimessi con procedura di "dimissioni facilitate" /N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco dimessi	10	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
				1.2	N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco con accesso al Pronto soccorso senza ricovero "agganciati" attivamente alla rete ambulatoriale e al Medico di Medicina Generale / N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco con accesso al Pronto soccorso senza ricovero	10	Rilevazione trimestrale	
	GESTIONE DELLA ACUZIE (Tab. II.3.1 - LG PAA)	2	Riduzione dei ricoveri ripetuti	2.1	N° pazienti con BPCO riacutizzata e con riammissione ospedaliera entro 30 gg / N° pazienti ricoverati per BPCO riacutizzata	10	< 10% (report trimestrale)	Direzione Distretto Ospedaliero
				3	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	3.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	5
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	4	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	4.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero
				5.1	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	6	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	6.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10	SI (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dipartimento Farmaceutico	
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	7	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flusso EMUR)	7.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flusso EMUR)	15	100%	Dip Emergenza-Urgenza e Accettazione
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	8	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	8.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	5	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	9	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	9.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	5	SI (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
			9.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	10	100% (report delle verifiche)		
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	10	Rapporto costi diretti/ricavi	10.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
UOC Cardiologia (P.O. Civico di Partinico)								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER LA GESTIONE DELLA 'CRONICITA'' (Tab. II.2.2 - LG PAA)	1	Realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio per pazienti con patologie croniche	1.1	N. pazienti con scompenso cardiaco dimessi con procedura di dimissioni facilitate /N. pazienti con scompenso cardiaco dimessi	15	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	GESTIONE DELLA ACUZIE (Tab. II.3.1-LG PAA)	2	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	2.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	10	< 2011	Dip Attività Ospedaliero
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1-LG PAA)	3	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	3.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero
				3.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
Efficacia/ Approprietezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	4	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	4.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	5	SI (report verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dipartimento Farmaceutico	
ESITI (Ob. AGENAS n. 3)	TEMPESTIVITA' DI EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA STEMI (Sub-Ob. AGENAS 3.3)	5	Effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI entro il giorno successivo a quello del ricovero	5.1	N° di PTCA effettuate entro il giorno (vale la data) successivo a quello di ricovero /N° totale IMA diagnosticati su pazienti residenti nella provincia	15	≥ 50%	Dip. Attività Ospedaliero e Referente PNE per PTCA in IMA
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	6	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico 	7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	SI (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
			7.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)		
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	8	Rapporto costi diretti/ricavi	8.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	------------	------	-----------	------------------------------------

UOC Malattie Metaboliche (P.O. Civico di Partinico)								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER LA GESTIONE DELLA CRONICITA' (Tab. II.2.2 - LG PAA)	1	Realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio per pazienti con patologie croniche	1.1	N° pazienti con diabete mellito dimessi con procedura di "dimissioni facilitate" / N° pazienti con scompenso cardiaco dimessi	10	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	GESTIONE DELLA ACUZIE (Tab. II.3.1 - LG PAA)	2	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	2.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	10	< 2011	Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	3	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	3.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard JCI per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	10	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero
				3.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	10	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	4	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	4.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	15	SI (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dipartimento Farmaceutico	
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	6	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico 	7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	SI (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
				7.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)	
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	8	Rapporto costi diretti/ricavi	8.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
				totale peso			100	

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	------------	------	-----------	------------------------------------

UU.OO.CC. Chirurgia Generale (P.O. Civico di Partinico e P.O. Bei Bianchi di Corleone)

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	GESTIONE DELLA ACUIE (Tab. II.3.1 - LG PAA)	1	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	1.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	10	< 2011	Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero / UO Risk Management
				2.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	3	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10	SI (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dip. Farmaceutico
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.4 - LG PAA)	4	Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	4.1	N° di interventi chirurgici con antibiotico profilassi eseguita immediatamente prima delle manovre anestesiolgiche e comunque nei 30-60 minuti che precedono l'incisione della cute /N. di interventi chirurgici che prevedono antibiotico profilassi (rilevazione semestrale in un giorno indice)	10	≥ 90%	Direzione UOC / Distretto Farmaceutico
APPROPRIATEZZA	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	5	Incremento dei DRG chirurgici	5.1	N. DRG chirurgici / N° totale DRG	15	> anno 2011	Dip Attività Ospedaliere
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCIPITA	6	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico 	7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	SI (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
		7.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)			
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	8	Rapporto costi diretti/ricavi	8.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
UOC Urologia (P.O. Civico di Partinico)								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	GESTIONE DELLA ACUIE (Tab. II.3.1 - LG PAA)	1	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	1.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	10	< 2011	Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero / UO Risk Management
				2.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	3	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10	SI (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dip. Farmaceutico
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.4 - LG PAA)	4	Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	4.1	N° di interventi chirurgici con antibiotico profilassi eseguita immediatamente prima delle manovre anestesiolgiche e comunque nei 30-60 minuti che precedono l'incisione della cute /N. di interventi chirurgici che prevedono antibiotico profilassi (rilevazione semestrale in un giorno indice)	10	≥ 90%	Direzione UOC / Distretto Farmaceutico
APPROPRIATEZZA	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	5	Incremento dei DRG chirurgici	5.1	N. DRG chirurgici / N° totale DRG	15	> anno 2011	Dip Attività Ospedaliere
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCIPITA	6	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico 	7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	SI (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
				7.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)	
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	8	Rapporto costi diretti/ricavi	8.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	------------	------	-----------	------------------------------------

UOC Ortopedia e Traumatologia (P.O. Civico di Partinico)						
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	GESTIONE DELLA ACUIE (Tab. II.3.1 - LG PAA)	1	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	1.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	5 < 2011 Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5 ≥ 2 verifiche (produrre report) Direzione Distretto Ospedaliero / UO Risk Management
				2.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5 ≥ 80% Direzione Distretto Ospedaliero
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	3	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10 SI (report di verifica trimestrale) Direzione UOC / Dip. Farmaceutico
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.4 - LG PAA)	4	Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	4.1	N° di interventi chirurgici con antibiotico profilassi eseguita immediatamente prima delle manovre anestesiolgiche e comunque nei 30-60 minuti che precedono l'incisione della cute /N. di interventi chirurgici che prevedono antibiotico profilassi (rilevazione semestrale in un giorno indice)	10 ≥ 90% Direzione UOC / Distretto Farmaceutico	
ESITI (Ob. AGENAS n. 3)	TEMPESTIVITA' DI INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA DI FEMORE (Sub-Ob. Agensa 3.1)	5	Effettuazione di intervento chirurgico di frattura di femore entro 48 h dal ricovero	5.1	N. interventi chirurgici di frattura di femore effettuati entro 48 h dal ricovero /N. totale di casi di frattura di femore su pazienti over 64 residenti nella provincia	15 ≥ 50% Dip. Attività Ospedaliere e Referente PNE per interventi di fratture di femore
APPROPRIATEZZA	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	6	Incremento dei DRG chirurgici	6.1	N. DRG chirurgici / N° totale DRG	5 > anno 2011 Dip Attività Ospedaliere
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCIPITA	7	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	7.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10 ≥ 5% U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	8	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico 	8.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10 SI (piano di miglioramento) Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
	8.2			Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15 100% (report delle verifiche)	
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	9	Rapporto costi diretti/ricavi	9.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10 ≤ 1 UO Co.An.
				totale peso		100

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo		
DIREZIONE SANITARIA PP.OO. Integrati "Cimino" di Termini Imerese e "Madonna dell'Alto" di Petralia								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	1	1.1	Verifica dell'efficacia del programma di "igiene delle mani" secondo procedura aziendale (Relazione delle attività svolte)	5	SI (relazione delle attività svolte)	Direzione Sanitaria P.O. e Presidente delegato C.I.O.	
		2	2.1	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	5	SI (relazione delle attività svolte)	Direzione Sanitaria P.O. e Referente di Presidio per il Rischio clinico	
		3	3.1	Coordinamento del programma "attribuzione job description" per tutto il personale infermieristico (produrre relazione delle attività svolte)	5	100% (report delle verifiche)	Direzione P.O. e Referente di Presidio per il Rischio clinico	
TEMPI DI ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	4	4.1	N° UU.OO. in cui è stata effettuata la valutazione dell'applicazione degli standard JCI sulle cartelle cliniche / N° UU.OO. di degenza e pronto soccorso	8	SI (relazione delle attività svolte)	UOC Programmazione organizzazione Cure primarie	
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCIPITA	5	5.1	Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel Piano regionale governo tempi di attesa (PRGTA 2011-2013) secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione Organizzazione Cure primarie e UOS CUP (produrre relazione delle attività svolte)	4	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione	
		6	6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	4	≥ 1%		
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	7.1	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali	4	SI (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità	
		7.2	7.2	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	6	100% (report delle verifiche)		
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	8	8.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	100%	UO Progr. controllo di gestione /SIS	
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	9	9.1	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi v. S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flussi: A - DSAO - RAD Esiti)	8	SI report trimestrale	Dip Attività Ospedaliere	
		10	10.2	Incremento dei ricoveri in DAY SERVICE	10	trend in crescita ≥ anno 2011	Dip Attività Ospedaliere	
		11	11.3	Incremento dei DRG Chirurgici per le UOOC di area chirurgica (esclusi parti cesarei)	4	SI report entro il 1° sem. 2012	UOC Facility Management	
		12	12.4	Censimento e smaltimento beni fuori uso	4	100%	UOC Facility Management	
		13	13.5	Censimento dei beni fuori uso giacenti presso il P.O.	4	≤ 1	UO Co.An.	
		14	14.6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4	SI	Dip Risorse Umane	
		15	15.1	Censimento del personale relativo alla struttura per ogni centro di costo	3	100%	Struttura Tecnica OIV	
		15.2	15.2	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	3		Struttura Tecnica OIV	
		15.3	15.3	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Medicina Interna - P.O. Cimino di Termini Imerese	3		Struttura Tecnica OIV	
		15.4	15.4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Chirurgia Generale - P.O. Cimino di Termini Imerese	3		Struttura Tecnica OIV	
		15.5	15.5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Otorinolaringoiatria - P.O. Cimino di Termini Imerese	3		Struttura Tecnica OIV	
		15.5	15.5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. -UOC Ortopedia e Traumatologia - P.O. Cimino di Termini Imerese	3		Struttura Tecnica OIV	
		totale peso				100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	------------	------	-----------	------------------------------------

UU.OO.CC. Medicina Interna (P.O. Cimino di Termini I. e P.O. Madonna dell'Alto di Petralia)								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER LA GESTIONE DELLA CRONICITA' (Tab. II.2.2 - LG PAA)	1	Realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio per pazienti con patologie croniche	1.1	N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco dimessi con procedura di "dimissioni facilitate" / N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco dimessi	10	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
				1.2	N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco con accesso al Pronto soccorso senza ricovero "agganciati" attivamente alla rete ambulatoriale e al Medico di Medicina Generale / N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco con accesso al Pronto soccorso senza ricovero	10	Rilevazione trimestrale	
	GESTIONE DELLA ACUIE (Tab. II.3.1- LG PAA)	2	Riduzione dei ricoveri ripetuti	2.1	N° pazienti con BPCO riacutizzata e con riammissione ospedaliera entro 30 gg / N° pazienti ricoverati per BPCO riacutizzata	10	< 10% (report trimestrale)	Direzione Distretto Ospedaliero
				3	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	3.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	5
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1- LG PAA)	4	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	4.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero
				5.1	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	6	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	6.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10	SI (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dipartimento Farmaceutico	
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	7	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flusso EMUR)	7.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flusso EMUR)	15	100%	Dip Emergenza-Urgenza e Accettazione
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	8	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	8.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	5	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	9	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	9.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	5	SI (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
				9.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	10	100% (report delle verifiche)	
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	10	Rapporto costi diretti/ricavi	10.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	------------	------	-----------	------------------------------------

UOC Chirurgia Generale (P.O. Cimino di Termini I.) - con UOS c/o P.O. Madonna dell'Alto di Petralia								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	GESTIONE DELLA ACUIE (Tab. II.3.1- LG PAA)	1	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	1.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	10	< 2011	Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1- LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero / UO Risk Management
				2.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	3	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10	SI (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dip. Farmaceutico
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.4 - LG PAA)	4	Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	4.1	N° di interventi chirurgici con antibiotico profilassi eseguita immediatamente prima delle manovre anestesilogiche e comunque nei 30-60 minuti che precedono l'incisione della cute /N. di interventi chirurgici che prevedono antibiotico profilassi (rilevazione semestrale in un giorno indice)	10	≥ 90%	Direzione UOC / Distretto Farmaceutico	
APPROPRIATEZZA	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	5	Incremento dei DRG chirurgici	5.1	N. DRG chirurgici / N° totale DRG	15	> anno 2011	Dip Attività Ospedaliere
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	6	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	SI (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
			7.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)		
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	8	Rapporto costi diretti/ricavi	8.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
UOC Otorinolaringoiatria (P.O. Cimino di Termini I.)								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	GESTIONE DELLA ACUIE (Tab. II.3.1- LG PAA)	1	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	1.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	10	< 2011	Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1- LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero / UO Risk Management
				2.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	3	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10	SI (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dip. Farmaceutico
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.4 - LG PAA)	4	Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	4.1	N° di interventi chirurgici con antibiotico profilassi eseguita immediatamente prima delle manovre anestesiolgiche e comunque nei 30-60 minuti che precedono l'incisione della cute /N. di interventi chirurgici che prevedono antibiotico profilassi (rilevazione semestrale in un giorno indice)	10	≥ 90%	Direzione UOC / Distretto Farmaceutico	
APPROPRIATEZZA	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	5	Incremento dei DRG chirurgici	5.1	N. DRG chirurgici / N° totale DRG	15	> anno 2011	Dip Attività Ospedaliere
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	6	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	06:01	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	SI (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
			7.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)		
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	8	Rapporto costi diretti/ricavi	8.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
UOC Ortopedia e Traumatologia (P.O. Cimino di Termini I.)								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	GESTIONE DELLA ACUIE (Tab. II.3.1- LG PAA)	1	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	1.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	5	< 2011	Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1- LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero / UD Risk Management
				2.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	3	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10	Si (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dip. Farmaceutico
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.4 - LG PAA)	4	Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	4.1	N° di interventi chirurgici con antibiotico profilassi eseguita immediatamente prima delle manovre anestesiolgiche e comunque nei 30-60 minuti che precedono l'incisione della cute /N. di interventi chirurgici che prevedono antibiotico profilassi (rilevazione semestrale in un giorno indice)	10	≥ 90%	Direzione UOC / Distretto Farmaceutico	
ESITI (Ob. AGENAS n. 3)	TEMPESTIVITA' DI INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA DI FEMORE (Sub-Ob. Agenas 3.1)	5	Effettuazione di intervento chirurgico di frattura di femore entro 48 h dal ricovero	5.1	N. interventi chirurgici di frattura di femore effettuati entro 48 h dal ricovero /N. totale di casi di frattura di femore su pazienti over 64 residenti nella provincia	15	≥ 50%	Dip. Attività Ospedaliere e Referente PNE per interventi di fratture di femore
APPROPRIATEZZA	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	6	Incremento dei DRG chirurgici	6.1	N. DRG chirurgici / N° totale DRG	5	> anno 2011	Dip Attività Ospedaliere
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	7	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	7.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	8	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	8.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	Si (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
			8.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)		
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	9	Rapporto costi diretti/ricavi	9.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo		
DIREZIONE SANITARIA P.O. Ingrassia di Palermo								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	1	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	1.1	Verifica dell'efficacia del programma di "igiene delle mani" secondo procedura aziendale (Relazione delle attività svolte)	5	Si (relazione delle attività svolte)	Direzione Sanitaria P.O. e Presidente delegato C.I.O.
		2		2.1	Coordinamento del programma "attribuzione job description" per tutto il personale infermieristico (produrre relazione delle attività svolte)	5	Si (relazione delle attività svolte)	Direzione Sanitaria P.O. e Referente di Presidio per il Rischio clinico
		3		3.1	N° UU.OO. in cui è stata effettuata la valutazione dell'applicazione degli standard JCI sulle cartelle cliniche / N° UU.OO. di degenza e pronto soccorso	5	100% (report delle verifiche)	
TEMPI DI ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	4	Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale nel rispetto dei codici di priorità	4.1	Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel Piano regionale governo tempi di attesa (PRGTA 2011-2013) secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione Organizzazione Cure primarie e UOS CUP (produrre relazione delle attività svolte)	8	Si (relazione delle attività svolte)	UOC Programmazione organizzazione Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	5	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	5.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	4	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
		6	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali	6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali (misurazione trimestrale - valore soglia: 1%)	4	≥ 1%	
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	4	Si (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio/UO Qualità
		7.2	Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	6	100% (report delle verifiche)			
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	8	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flussi: A - DSAO - RAD Esiti)	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere (Flussi: A - DSAO - RAD Esiti) (verifiche su trasmissione Flusso C - Flusso EMUR)	10	100%	UO Progr. controllo di gestione /SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	9	Incremento dei ricoveri in DAY SERVICE	9.1	Applicazione delle procedure dipartimentali per l'incremento ed il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri in Day-Service sui 15 DRG di cui ai decreti assessoriali 11.05.09 - 19.3.10 - 5.11.10 e successive direttive regionali	8	Si report trimestrale	Dip Attività Ospedaliere
		10	Incremento dei DRG Chirurgici per le UUOCC di area chirurgica (esclusi parti cesarei)	10.2	N°DRG chirurgici / N° DRG medici	10	trend in crescita ≥ anno 2011	Dip Attività Ospedaliere
		11	Censimento e smaltimento beni fuori uso	11.3	Censimento dei beni fuori uso giacenti presso il P.O.	4	Si report entro il 1° sem. 2012	UOC Facility Management
				12.4	N. Beni fuori uso per i quali è stata attivata procedura di smaltimento / N. beni fuori uso in giacenza	4	100%	UOC Facility Management
		13	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	13.5	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	4	≤ 1	UO Co.An.
		14	Censimento del personale relativo alla struttura per ogni centro di costo	14.6	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	4	Si	Dip Risorse Umane
		15	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	15.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Medicina Interna	3	100%	Struttura Tecnica OIV
				15.2	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Cardiologia e UTIC con Emodinamica	3		Struttura Tecnica OIV
				15.3	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Geriatria	3		Struttura Tecnica OIV
				15.4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Chirurgia Generale	3		Struttura Tecnica OIV
				15.5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel P.O. - UOC Ortopedia e Traumatologia	3		Struttura Tecnica OIV
						totale peso	100	

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
UOC Medicina Interna (P.O. Ingrassia - Palermo)							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER LA GESTIONE DELLA CRONICITA' (Tab. II.2.2 - LG PAA)	1 Realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio per pazienti con patologie croniche	1.1	N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco dimessi con procedura di "dimissioni facilitate" / N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco dimessi	10	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
			1.2	N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco con accesso al Pronto soccorso senza ricovero "agganciati" attivamente alla rete ambulatoriale e al Medico di Medicina Generale / N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco con accesso al Pronto soccorso senza ricovero	10	Rilevazione trimestrale	
	GESTIONE DELLA ACUZIE (Tab. II.3.1 - LG PAA)	2 Riduzione dei ricoveri ripetuti	2.1	N° pazienti con BPCO riacutizzata e con riammissione ospedaliera entro 30 gg / N° pazienti ricoverati per BPCO riacutizzata	10	< 10% (report trimestrale)	Direzione Distretto Ospedaliero
			3 Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	3.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	5	< 2011
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	4 Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	4.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice. (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero
			5	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	6 Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	6.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10	Sì (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dipartimento Farmaceutico	
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	7 Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flusso EMUR)	7.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flusso EMUR)	15	100%	Dip Emergenza-Urgenza e Accettazione
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	8 Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	8.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	5	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	9 Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	9.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	5	Sì (piano di miglioramento)	Direzione Sanitaria di Presidio / UO Qualità
			9.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	10	100% (report delle verifiche)	
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	10 Rapporto costi diretti/ricavi	10.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso					100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	--	------------	------	-----------	------------------------------------

UOC Cardiologia-UTIC con emodinamica (P.O. Ingrassia - Palermo)

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER LA GESTIONE DELLA CRONICITA' (Tab. II.2.2 - LG PAA)	1	Realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio per pazienti con patologie croniche	1.1	N. pazienti con scompenso cardiaco dimessi con procedura di dimissioni facilitate /N. pazienti con scompenso cardiaco dimessi	15	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	GESTIONE DELLA ACUZIE (Tab. II.3.1 - LG PAA)	2	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	2.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	10	< 2011	Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	3	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	3.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero
				3.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	4	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	4.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	5	Si (report verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dipartimento Farmaceutico
ESITI (Ob. AGENAS n. 3)	TEMPESTIVITA' DI EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA STEMI (Sub Ob. AGENAS 3.3)	5	Effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI entro il giorno successivo a quello del ricovero	5.1	N° di PTCA effettuate entro il giorno (vale la data) successivo a quello di ricovero /N° totale IMA diagnosticati su pazienti residenti nella provincia	15	≥ 50%	Dip. Attività Ospedaliere e Referente PNE per PTCA in IMA
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	6	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	Si (piano di miglioramento)	Direzione di Presidio / U.O. Qualità e Progettazione
				7.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)	
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	8	Rapporto costi diretti/ricavi	8.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	--	------------	------	-----------	------------------------------------

UOC Geriatria (P.O. Ingrassia - Palermo)

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER LA GESTIONE DELLA CRONICITA' (Tab. II.2.2 - LG PAA)	1	Realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio per pazienti con patologie croniche	1.1	N° pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco dimessi con procedura di "dimissioni facilitate" / N° totale pazienti con diabete mellito e/o scompenso cardiaco dimessi	20	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	GESTIONE DELLA ACUZIE (Tab. II.3.1 - LG PAA)	1	Riduzione dei ricoveri ripetuti	1.1	N° pazienti con BPCO riacutizzata e con riammissione ospedaliera entro 30 gg / N° pazienti ricoverati per BPCO riacutizzata	15	< 10% (report trimestrale)	Direzione Distretto Ospedaliero
		2	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	2.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	5	< 2011	Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	3	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	3.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero
		4		4.1	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
Efficacia/ Approprietezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	5	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	5.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	5	SI (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dipartimento Farmaceutico	
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	6	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	SI (piano di miglioramento)	Direzione di Presidio / U.O. Qualità e Progettazione
			7.2	Pieno raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)		
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	8	Rapporto costi diretti/ricavi	8.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	--	------------	------	-----------	------------------------------------

UOC Chirurgia Generale (P.O. Ingrassia - Palermo)

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	GESTIONE DELLA ACUZIE (Tab. II.3.1- LG PAA)	1	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	1.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	10	< 2011	Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1- LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero / UO Risk Management
				2.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	3	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10	SI (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dip. Farmaceutico
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.4 - LG PAA)	4	Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	4.1	N° di interventi chirurgici con antibiotico profilassi eseguita immediatamente prima delle manovre anestesiolgiche e comunque nei 30-60 minuti che precedono l'incisione della cute / N. di interventi chirurgici che prevedono antibiotico profilassi (rilevazione semestrale in un giorno indice)	10	≥ 90%	Direzione UOC / Distretto Farmaceutico	
APPROPRIATEZZA	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	5	Incremento dei DRG chirurgici	5.1	N. DRG chirurgici / N° totale DRG	15	> anno 2011	Dip Attività Ospedaliere
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	6	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	6.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	7.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	SI (piano di miglioramento)	Direzione di Presidio / U.O. Qualità e Progettazione
				7.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)	
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	8	Rapporto costi diretti/ricavi	8.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	--	------------	------	-----------	------------------------------------

UOC Ortopedia e Traumatologia (P.O. Ingrassia - Palermo)

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	GESTIONE DELLA ACUIE (Tab. II.3.1- LG PAA)	1	Miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale	1.1	% dei ricoveri inappropriati (43 DRG LEA)	5	< 2011	Dip Attività Ospedaliere
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1- LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department , relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011- GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	5	≥ 2 verifiche (produrre report)	Direzione Distretto Ospedaliero / UO Risk Management
				2.2	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	5	≥ 80%	Direzione Distretto Ospedaliero
	Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.1- LG PAA)	3	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Implementazione della raccomandazione per la prevenzione del TEV - Tromboembolismo venoso (produrre report di verifica - 1° report al 30 giugno 2012)	10	Si (report di verifica trimestrale)	Direzione UOC / Dip. Farmaceutico
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.4 - LG PAA)	4	Implementazione linea guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria	4.1	N° di interventi chirurgici con antibiotico profilassi eseguita immediatamente prima delle manovre anestesiologiche e comunque nei 30-60 minuti che precedono l'incisione della cute / N. di interventi chirurgici che prevedono antibiotico profilassi (rilevazione semestrale in un giorno indice)	10	≥ 90%	Direzione UOC / Distretto Farmaceutico	
ESITI (Ob. AGENAS n. 3)	TEMPESTIVITA' DI INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA DI FEMORE (Sub-Ob. Agensa 3.1)	5	Effettuazione di intervento chirurgico di frattura di femore entro 48 h dal ricovero	5.1	N. interventi chirurgici di frattura di femore effettuati entro 48 h dal ricovero / N. totale di casi di frattura di femore su pazienti over 64 residenti nella provincia	15	≥ 50%	Dip. Attività Ospedaliere e Referente PNE per interventi di fratture di femore
APPROPRIATEZZA	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	6	Incremento dei DRG chirurgici	6.1	N. DRG chirurgici / N° totale DRG	5	> anno 2011	Dip Attività Ospedaliere
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	7	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura	7.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	8	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	8.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	10	Si (piano di miglioramento)	Direzione di Presidio / U.O. Qualità e Progettazione
				8.2	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	100% (report delle verifiche)	
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	9	Rapporto costi diretti/ricavi	9.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O -DH-Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Dipartimento Diagnostica di Laboratorio								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi alle AREE ONCOLOGICA - TRAPIANTI E PIANO SANGUE (Tabelle III.3.1 - III.3.4; Tabelle III.8.1 - III.8.4; - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal P.A.A.	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, con cronoprogramma di Gantt	5	SI	UOC Coordinamento Staff strategico
				1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Diagnostica Laboratorio / Controllo di gestione
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto "Patient safety and emergency department", relativo all'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.1	Coordinamento del programma "attribuzione job description" per tutto il personale tecnico e infermieristico (allegare relazione delle attività svolte)	10	SI (produrre relazione delle attività svolte)	Dip Diagnostica Laboratorio/UO Risk Management
ESITI	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	3	Verifica dell'applicazione dei protocolli diagnostici di laboratorio 2011.	3.1	Report di monitoraggio dei protocolli diagnostici 2011 definiti per le UU.OO. di Chirurgia e le UU.OO. di Medicina interna - PS	10	SI (1° semestre)	Dip Diagnostica Laboratorio
				4	Definizione di nuovi protocolli diagnostici di laboratorio per patologia e/o per aree critiche.	4.1	Definizione nuovi protocolli diagnostici di laboratorio, per almeno 3 linee d'intervento.	10
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCEPITA	5	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi	5.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. Utenti che hanno accesso ai servizi di diagnostica di laboratorio (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	5	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	6	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	6.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	5	SI (piano di miglioramento)	Dip Diagnostica Laboratorio/UO Qualità
				6.2	Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	10	SI (report delle verifiche)	
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	7	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	7.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	5	≤ 1	UO Co.An.
				8	Censimento del personale relativo alla struttura per ogni centro di costo	8.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5
		9	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	9.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Patologia Clinica - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	5	100%	Struttura Tecnica OIV
				9.2	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Patologia Clinica - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	5		
				9.3	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Patologia Clinica - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	5		
				9.4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Anatomia Patologica - DO PA3	5		
9.5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC SIMT - P.O. Nuovo Giglio di Cefalù	5	Struttura Tecnica OIV					
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
UU.OO.CC. Ospedaliere di Diagnostica di Laboratorio								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza: AREE ONCOLOGICA - TRAPIANTI E PIANO SANGUE (Tabelle III.3.1 - III.3.4; Tabelle III.8.1 - III.8.4; - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal Piano attuativo dipartimentale	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	15	adesione ai valori che saranno indicati dal Dipartimento	Dip Diagnostica Laboratorio
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto "Patient safety and emergency department", relativo all'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	10	≥ 2 verifiche (produrre report)	
				2.2	N. unità di personale tecnico ed infermieristico con documentata "job description" / N. unità di personale tecnico ed infermieristico in servizio	10	≥ 80%	
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	3	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte dei Comitati consultivi; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	3.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	SI (report delle verifiche)	Dip Diagnostica Laboratorio/ UO Qualità
ESITI	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	4	Applicazione dei protocolli diagnostici di laboratorio 2011-2012 definiti in ambito dipartimentale.	4.1	N. protocolli diagnostici (definiti in ambito dipartimentale) applicati	15	> 2	Dip Diagnostica Laboratorio
				4.2	N. pazienti per i quali si applicano i protocolli diagnostici / N. pazienti del target previsto (l'indicatore dovrà essere distinto per ciascun protocollo adottato)	15	≥ 90%	
		5	Miglioramento dei tempi di trasmissione dei referti di Laboratorio ai Centri Prelievo richiedenti	5.1	N. di referti relativi ad esami di chimica clinica ed immunochimica trasmessi entro il giorno successivo alla ricezione dei campioni / N. totale referti relativi ad esami di chimica clinica ed immunochimica	10	≥ 90%	
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	6	Rapporto costi diretti/ricavi	6.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

UOC Anatomia Patologica								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza: AREE ONCOLOGICA - TRAPIANTI E PIANO SANGUE (Tabelle III.3.1 - III.3.4; Tabelle III.8.1 - III.8.4; - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal Piano attuativo dipartimentale	1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	20	adesione ai valori che saranno indicati dal Dipartimento	Dip Diagnostica Laboratorio
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto "Patient safety and emergency department", relativo all'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	15	≥ 2 verifiche (produrre report)	
				2.2	N. unità di personale tecnico ed infermieristico con documentata "job description" / N. unità di personale tecnico ed infermieristico in servizio	15	≥ 80%	
APPROPRIATEZZA	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	3	Miglioramento dei tempi di refertazione istopatologica in ambito oncologico: referti entro 30 gg.	3.1	N. di campioni con patologia oncologica definita o sospetta il cui referto è disponibile per la consegna entro 30 gg dalla ricezione del campione / N. di campioni ricevuti con patologia oncologica definita o sospetta	15	> 90%	Dip Diagnostica Laboratorio
		4	Monitoraggio e verifica dell'applicazione di protocolli condivisi con le UU.OO. richiedenti	4.1	N. protocolli condivisi con le UU.OO. richiedenti	10	≥ 3	Dip Diagnostica Laboratorio
4.2	N. campioni su cui sono applicati i protocolli condivisi / N. totale campioni relativi a ciascun protocollo (l'indicatore dovrà essere distinto per ciascun protocollo adottato)			15	> 90%	Dip Diagnostica Laboratorio		
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	5	Rapporto costi diretti/ricavi	5.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
UOC Servizio Medicina Trasfusionale								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza (AREE ONCOLOGICA - TRAPIANTI E PIANO SANGUE Tabelle III.3.1 - III.3.4; Tabelle III.8.1 - III.8.4; - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal Piano attuativo dipartimentale	1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	15	adesione ai valori che saranno indicati dal Dipartimento	Dip Diagnostica Laboratorio
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto "Patient safety and emergency department", relativo all'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	10	≥ 2 verifiche (produrre report)	
ESITI	MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	3	Incremento della produzione di plasma ed emoderivati, secondo vigente Piano Regionale Sangue	3.1	N. Unità di Emazie concentrate prodotte	15	≥ valore 2011	Dip Diagnostica Laboratorio
		4	Distribuzione di emoderivati provenienti dal conto lavorazione plasma ai servizi di farmacia aziendali	4.1	N. Unità di emoderivati fornite ai servizi di farmacia aziendali / N. di emoderivati ottenuti dalla cessione del PFC prodotto	15	≥ valore 2011	Direzione UOC / Dipartimento Farmaceutico
		5	Miglioramento della somministrazione di sangue e di emocomponenti	5.1	N. richieste che rispondono ai criteri di appropriatezza secondo procedure dipartimentali / N. totale richieste ricevute.	15	>90%	Dip Diagnostica Laboratorio
		6	Programmazione di interventi congiunti, SIMT- Associazioni donatori, per la promozione della donazione di sangue presso la popolazione.	6.1	N° incontri realizzati con Associazioni Donatori della Provincia	10	> anno 2011	Dip Diagnostica Laboratorio
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	7	Rapporto costi diretti/ricavi	7.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Dipartimento di Diagnostica per Immagini								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi alle AREE ONCOLOGICA - NEUROSCIENZE - GESTIONE DEL POLITRAUMATIZZATO (Tabelle III.3.1 - III.3.4; Tabelle III.6.1 - III.6.3; Tabelle III.7.1 - III.7.2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal P.A.A.	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, con cronoprogramma di Gantt	5	SI (produrre piano)	UOC Coordinamento Staff strategico
				1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip Diagnostica per Immagini / Controllo di gestione
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto "Patient safety and emergency department", relativo all'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.1	Coordinamento del programma "attribuzione job description" per tutto il personale tecnico e infermieristico (allegare relazione delle attività svolte)	10	SI (produrre relazione delle attività svolte)	Dip Diagnostica per Immagini / UO Risk Management
OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e TEMPI D'ATTESA (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	3	Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica strumentale nel rispetto dei codici di priorità	3.1	Rimodulazione delle agende di prenotazione per le prestazioni critiche (dal n. 15 al n. 43 dell'elenco indicato nel RGTA 2011-2013) e attività di monitoraggio , secondo le indicazioni dell'UOC Programmazione e Organizzazione delle Cure primarie e della UOS CUP (produrre relazione delle attività svolte)	10	SI TRACKING 30.04: trasmissione file dati 1° quadr. tre 31.08: trasmissione file aggiornato dati 2° quadrim. 31.12: trasmissione file finale 2012 v.a.: ≤ 10% nel 3° quadrim. 2012	UOC Programmazione Cure primarie
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITA' PERCIPITA	4	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi	4.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. Utenti che hanno accesso ai servizi di diagnostica per immagini (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	4	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	5	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	5.1	Redazione di piano di miglioramento sulle aree critiche	4	SI (piano di miglioramento)	Dip Diagnostica per Immagini / UO Qualità
			5.2	Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	8	SI (report delle verifiche)		
APPROPRIATEZZA	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	6	Definizione ed adozione di protocolli diagnostici	6.1	Definizione protocolli diagnostici, almeno per i seguenti ambiti: a) diagnostica ecografica b) diagnostica radiologica tradizionale c) diagnostica radiologica con MdC d) diagnostica ad alta tecnologia.	6	SI (entro il 1° semestre)	Dip Diagnostica per Immagini
		7	Incremento delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali per esterni	7.1	N° prestazioni diagnostiche ambulatoriali per esterni 2012	6	> anno 2011	UO Controllo di gestione - SIS
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	8	Incremento delle prestazioni diagnostiche di alta specializzazione	8.1	Attivazione TAC presso il Poliambulatorio "Palermo Centro" - Distretto 42	4	SI	Dip Diagnostica per Immagini
				8.2	Attivazione TAC presso il Centro "Villa delle Ginestre" - D.O. PA 3	4	SI	Dip Diagnostica per Immagini
				8.3	Attivazione RMN presso il P.O. Ingrassia di Palermo - D.O. PA 3	4	SI	Dip Diagnostica per Immagini
				8.4	Attivazione RMN presso il Centro "Villa delle Ginestre" - D.O. PA 3	4	SI	Dip Diagnostica per Immagini
				8.5	Attivazione RMN presso il P.O. Civico di Partinico - D.O. PA 1	4	SI	Dip Diagnostica per Immagini
		9	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	9.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	4	≤ 1	UO Co.An.
				9.2	Censimento del personale relativo alla struttura per ogni centro di costo	4	SI	DIP Risorse Umane
		10	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	10.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Radiodiagnostica + TAC - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	3	100%	Struttura Tecnica OIV
				10.2	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Radiodiagnostica + TAC - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	3		
				10.3	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Radiodiagnostica + TAC ed RMN - P.O. Ingrassia di Palermo - DO PA3	3		
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica UU.OO.CC. di Radiodiagnostica + TAC - UOC di Radiodiagnostica + TAC e RMN								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi alle AREE ONCOLOGICA - NEUROSCIENZE - GESTIONE DEL POUTRAUMATIZZATO (Tabelle III.3.1 - III.3.4; Tabelle III.6.1 - III.6.3; Tabelle III.7.1 - III.7.2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal Piano attuativo dipartimentale	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal piano attuativo	15	adesione ai valori che saranno indicati dal Dipartimento	Dip Diagnostica per Immagini
		2	Adesione al progetto "Patient safety and emergency department", relativo all'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	10	≥ 2 verifiche (produrre report)	
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	3	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi	3.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. Utenti che hanno accesso ai servizi di diagnostica per immagini (misurazione trimestrale - valore soglia: 5%)	10	≥ 5%	U.O. Comunicazione e Informazione
		4	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico 	4.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	SI (report delle verifiche)	Dip Diagnostica per Immagini
ESITI	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	5	Applicazione di protocolli diagnostici definiti in ambito dipartimentale	5.1	N. referti con verifica dell'applicazione dei protocolli diagnostici dipartimentali / N. totale referti (verifica su campione del 5 % cartelle/mese)	15	≥ 90%	Dip Diagnostica per Immagini
		6	Incremento delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali per esterni	6.1	N° prestazioni diagnostiche ambulatoriali per esterni 2012	15	> anno 2011	Dip Diagnostica per Immagini
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	7	Rapporto costi diretti/ricavi	7.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Dip. delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo		
Dipartimento delle Anestesi, delle terapie intensive e della Terapia del Dolore								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE (Tab. III.4.2 - LG PAA)	1	Adesione al programma regionale ospedale-territorio senza dolore e attivazione di percorsi specifici	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	5	SI (produrre piano)	UOC Coordinamento Staff strategico
				1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dipart. Anestesia / Controllo di gestione
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.1	Diffusione di documento con le indicazioni sulla valutazione ASA preoperatoria	4	SI (produrre documento)	Dipart. Anestesia
				2.2	Verifica dell'efficacia del programma di "igiene delle mani" secondo procedura aziendale (produrre relazione delle attività svolte)	8	SI (produrre relazione delle attività svolte)	Dipart. Anestesia / CIO Aziendale
Efficacia/ Appropriatezza (Tab. IV.1.3 - LG PAA)	3	Prevenzione del Tromboembolismo venoso	2.3	Coordinamento del programma "attribuzione job description" per tutto il personale infermieristico (produrre relazione delle attività svolte)	8	SI (produrre relazione delle attività svolte)	Dipart. Anestesia / UO Risk Management	
			3.1	Implementazione raccomandazione per la prevenzione del tromboembolismo venoso (report)	8	SI (report)	Dipart. Anestesia / Dip. Farmaceutico	
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	4	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	4.1	Redazione piano di miglioramento sulle aree critiche	5	SI (piano di miglioramento)	Dipart. Anestesia / U.O. Qualità
				4.2	Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	10	100% (report delle verifiche)	
ESITI	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	5	Procedure per la valutazione postoperatoria dei pazienti	5.1	Predisposizione procedure per la dimissione dalla sala risveglio secondo i criteri della scala Aldrete	10	SI (entro il 1° semestre)	Dipart. Anestesia
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	6.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	10	≤ 1	UO Co.An.
				7	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	7.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	10
		8	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	8.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	4	100%	Struttura Tecnica OIV
				8.2	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	4		Struttura Tecnica OIV
8.3	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	4	Struttura Tecnica OIV					
totale peso						100		

UU.OO.CC. di Anestesia e Rianimazione (P.O. Civico di Partinico; P.O. Cimino di Termini; P.O. Ingrassia di Palermo)								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE (Tab. III.4.2 - LG PAA)	1	Adesione al programma regionale ospedale-territorio senza dolore e attivazione di percorsi specifici	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	10	adesione ai valori che indicati dal Dipartimento	Dipart. Anestesia
				2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente di Presidio per il Rischio clinico, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico, da effettuarsi sulle cartelle cliniche in un giorno indice (report di verifica)	15	≥ 2 verifiche (produrre report)	Dipart. Anestesia
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.2	N. unità di personale tecnico ed infermieristico con documentata "job description" / N. unità di personale tecnico ed infermieristico in servizio	15	≥ 80%	Dipart. Anestesia
3				Prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Report dei trattamenti praticati in applicazione della raccomandazione per la prevenzione del tromboembolismo venoso	15	SI (report)
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	4	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	4.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	15	SI (report)	Dipart. Anestesia / U.O. Qualità e progettazione
				5	Valutazione preoperatoria dei pazienti	5.1	N. pazienti con valutazione della classe di rischio secondo classificazione ASA / N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico (verifica su campione del 10% cartelle/mese)	10
ESITI	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	5	Valutazione preoperatoria dei pazienti	5.1	N. pazienti con valutazione della classe di rischio secondo classificazione ASA / N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico (verifica su campione del 10% cartelle/mese)	10	≥ 90%	Dipart. Anestesia
PREVENZIONE RISCHIO CLINICO	USO DI STRUMENTI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	6	Applicazione delle procedure per la valutazione postoperatoria dei pazienti (sec. standard JCI) e monitoraggio trimestrale (da inoltrare alla U.O. Risk Management)	6.1	N. pazienti dimessi dalla sala risveglio secondo i criteri della scala Aldrete / N. pazienti dimessi dalla sala risveglio (verifica su campione del 10% cartelle/mese)	10	≥ 90%	Dipart. Anestesia / U.O. Risk Management
EFFICIENZA GESTIONALE	MIGLIORAMENTO RISULTATO ECONOMICO	7	Rapporto costi diretti/ricavi	7.1	Importo costi del personale e dei beni sanitari /ricavi R.O. - DH - Amb.	10	≤ 1	UO Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo		
Dipartimento Farmaceutico									
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI DEL PAA, per la parte di pertinenza, relativi all' AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Tab. II.2.1 - LG PAA)	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA; organizzazione dell'assistenza farmaceutica e strategie aziendali a garanzia dell'appropriato impiego dei farmaci e dei dispositivi medici	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	5	SI (produrre piano)	UOC Coordinamento Staff strategico		
			1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Farmaceutico / Controllo di gestione		
	EFFICACIA / APPROPRIATEZZA (Tab.IV.1.3 - LG PAA)	3	Prevenzione del Tromboembolismo venoso	3.1	Implementazione raccomandazione per la prevenzione del tromboembolismo venoso - TEV .	10	SI (report)	Dip. Farmaceutico	
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute [Flussi: D - F - H (DD) - CFO - DM - T]	4.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni, entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere [Flusso D - Flusso F - Flusso H (DD) - Flusso CFO - Flusso DM consumi]	10	100%	UO PCG-SIS		
			4.2	Controllo del Flusso T prodotto dalle Case di Cura accreditate della Provincia, per gli aspetti farmaceutici, e remissione dello stesso alla UOC Ospedalità Privata.	5	SI	Dip. Attività Ospedaliere /SIS		
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA (Sub-Ob. AGENAS 4.1)	TETTO MASSIMO DI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA (Sub-Ob. AGENAS 4.1)	Allineamento della spesa pro capite al benchmark regionale risultante dalla media della spesa pro capite su popolazione pesata delle tre Aziende più virtuose (applicando i pesi utilizzati nel 2006 alla popolazione residente 2011)	5.1	Spesa farmaceutica convenzionata in valore assoluto	10	€ 234.528.753 v. scheda AGENAS	Dip. Farmaceutico / UOC Cure Primarie		
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico 	6.1	Redazione piano di miglioramento sulle aree critiche	4	SI (piano di miglioramento)	Dip. Farmaceutico /U.O. Qualità		
			6.2	Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	6	100% (report delle verifiche)			
EFFICIENZA	CONTENIMENTO DEI COSTI	Miglioramento delle attività di erogazione diretta di farmaci	7.1	Definizione di procedure per l'erogazione di farmaci in ambito ospedaliero e territoriale	6	SI	Dip. Farmaceutico		
			8	Monitoraggio dei farmaci sottoposti a registro AIFA	8.1	Attivazione delle procedure di monitoraggio del Risk Sharing e Payment by Result, con produzione di report periodico dei crediti aziendali	6	Report semestrale con indicazione dei recuperi effettuati	Dip. Farmaceutico
	FARMACOVIGILANZA	Avviamento del progetto regionale di Farmacovigilanza attiva nei punti di Pronto Soccorso aziendali	9.1	Avviamento del progetto regionale di Farmacovigilanza attiva in PS	4	SI (produrre relazione)	Dip. Farmaceutico		
			10	Incremento delle attività di Farmacovigilanza	10.1	N. segnalazioni spontanee ADRs 2012 / N. segnalazioni spontanee 2011	6	> val. anno 2011	Dip. Farmaceutico
GESTIONE DELLE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	11	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	11.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012 / budget assegnato come da apposita scheda	4	≤ 1	UO Co.An.
			12	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	12.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	4	SI	DIP Risorse Umane
			13	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: UOC Farmacie	13.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia	2	100%	Struttura Tecnica OIV
					13.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: UOC Distretto Farmaceutico PA1	2		
					13.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: UOC Distretto Farmaceutico PA2	2		
13.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: UOC Distretto Farmaceutico PA3	2							
totale peso					100				

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo		
EFFICIENZA	GESTIONE DELLE RISORSE	1	Promozione delle procedure centralizzate di acquisto di medicinali e dispositivi medici	1.1	Incremento di procedure dipartimentali centralizzate a valenza interdistrettuale (con riferimento ai Distretti Farmaceutici)	20	> anno 2011 Report semestrale	Dip. Farmaceutico
		2	Monitoraggio dei farmaci sottoposti a registro AIFA	2.1	Attivazione delle procedure di monitoraggio del Risk Sharing e Payment by Result, con produzione di report periodico dei crediti aziendali	20	Report semestrale con indicazione dei recuperi effettuati	Dip. Farmaceutico
		3	Allestimento di report trimestrali relativi alle giacenze dei magazzini di farmacia	3.1	Invio Report trimestrali relativi alle giacenze dei magazzini di farmacia al Dip.to GRE	20	SI	Dip. Farmaceutico
	INCREMENTO DELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO E VIGILANZA	4	Vigilanza su Farmacie, Parafarmacie, depositi all'ingrosso di medicinali per uso umano, Case di Cura accreditate	4.1	Incremento delle ispezioni presso le farmacie private convenzionate, le parafarmacie, i depositi di medicinali all'ingrosso, le Case di Cura accreditate	20	> anno 2011 per ciascuna tipologia	Dip. Farmaceutico
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	5	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute [Flussi F - H (DD) - CFO - DM - T]	5.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni, entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere [Flusso F - Flusso H (DD) - Flusso CFO - Flusso DM consumi]	20	100%	UO PCG-SIS
totale peso				100				

Area strategica	UOC FARMACO E FARMACOEPIDEMIOLOGIA							
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA (Sub-Ob. AGENAS 4.1)	TETTO MASSIMO DI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA (Sub-Ob. AGENAS 4.1)	5	Allineamento della spesa pro capite al benchmark regionale risultante dalla media della spesa pro capite su popolazione pesata delle tre Aziende più virtuose (applicando i pesi utilizzati nel 2006 alla popolazione residente 2011)	5.1	Spesa farmaceutica convenzionata in valore assoluto	20	€ 234.528.753 v. scheda AGENAS	Dip. Farmaceutico / UOC Cure Primarie
EFFICIENZA	MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	1	Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche mediante Lettura Ottica	1.1	N° ricette processate dal sistema di lettura ottica nel 2012 / N° di ricette prodotte dalle farmacie convenzionate nel 2012 x 100	20	100%	Dip. Farmaceutico
		2	Verifica mensile di appropriatezza dei dati prescrittivi relativi alle "categorie terapeutiche" già individuate dalla L.R. n.12/2007 e da successivi decreti e/o circolari assessoriali	1.2	Rilievo degli scostamenti registrati, per ciascun Distretto e per ciascun MMG / PLS, rispetto alla media dei consumi regionale e nazionale (in termini di DDD x 1.000 abitanti), con documentata rendicontazione trimestrale delle misure operative eventualmente poste in essere o programmate, d'intesa con la UOC Cure primarie, per il contenimento dei consumi.	20	4 report trimestrali	Dip. Farmaceutico / UOC Cure Primarie
	FARMACOEPIDEMIOLOGIA E FARMACOECONOMIA	4	Valutazioni farmaco-economiche di "minimizzazione dei costi" e Costo/Efficacia per classi farmacologiche omogenee ad alto impatto di spesa	1.4	Divulgazione degli esiti di valutazioni farmaco-economiche di minimizzazione dei costi per classi farmacologiche omogenee ad alto impatto di spesa, e definizione di suggerimenti di orientamento ai potenziali prescrittori.	20	Report semestrale con documentazione dei risultati	Dip. Farmaceutico
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	5	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute [Flusso D]	1.5	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni, entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere [Flusso D]	20	100%	UO PCG-SIS
totale peso				100				

Area strategica	UU.OO.CC. Distretti Farmaceutici PA1 - PA2 - PA3							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi all' AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Tab. II.2.1 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Farmaceutico / Controllo di gestione
		SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab.IV.1.1 - LG PAA)	2	Adesione al progetto Patient safety and emergency department relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	2.1	Verifica semestrale, d'intesa con il Referente per il Rischio clinico di Presidio, dell'applicazione degli standard per la gestione del rischio clinico (produrre report di verifica)	20	SI (report)
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	3	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	3.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	15	SI (report)	Dip. Farmaceutico
OBIETTIVI AZIENDALI	EFFICIENZA e APPROPRIATEZZA	4	Incremento dell'attività relativa al rilascio del "primo ciclo di terapia" alle dimissioni	4.1	N° prestazioni di erogazione "primo ciclo terapeutico" / N° dimissioni R.O.	15	SI (report)	Dip Farmaceutico + Dip Att Osp
		5	Allestimento di report trimestrali relativi alle giacenze dei magazzini farmaceutici di reparto	5.1	Invio Report trimestrali relativi alle giacenze dei magazzini farmaceutici di reparto al Dip. Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale.	15	SI	Dip Farmaceutico / Dip Economico-Finanziario
		6	Incremento delle attività di Farmacovigilanza in ambito ospedaliero e territoriale	6.1	Numero segnalazioni spontanee ADRs 2012 / Numero segnalazioni 2011	15	% > 2011	Dip. Farmaceutico / Sistema Reg. FV
totale peso				100				

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo	
Dipartimento della Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza									
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi alle RETI ASSISTENZIALI (Tab. II.3.2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA; partecipazione delle strutture aziendali alle reti assistenziali	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	8	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Mentale / Controllo di gestione	
	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi alla TUTELA DEL MINORE E DELLA DONNA (Tab. III.2.10 - LG PAA)	2	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	2.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	8	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Mentale / Controllo di gestione	
	OBIETTIVI del PAA relativi all' AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE (Tab. III.9.1-3 - LG PAA)	3	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA, per l'adesione al Piano strategico regionale per la Salute Mentale	3.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	4	SI (produrre piano)	UOC Coordinamento Staff strategico	
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	4	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	4.1	Redazione piano di miglioramento sulle aree critiche	4	SI (piano di miglioramento)	Dip. Salute Mentale / U.O. Qualità	
		4.2	Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	8	100% (report delle verifiche)				
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	5	Adesione al progetto Patient safety and emergency department relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	5.1	Coordinamento del programma "attribuzione job description" per tutto il personale infermieristico (produrre relazione delle attività svolte)	4	SI (produrre relazione delle attività svolte)	Dip. Salute Mentale / UO Risk Management	
GESTIONE E COORDINAMENTO	COORDINAMENTO DELLE STRUTTURE DIPARTIMENTALI	6	Miglioramento delle attività infermieristiche	6.1	Adozione della "cartella infermieristica ospedaliera" presso SPDC / N° SPDC	4	100%	Dip. Salute Mentale	
		7	Attuazione e completamento di Progetti specifici (PSN e PSR)	7.1	N. centri territoriali di psichiatria afferenti al DSM attivati per la presa in carico dei disturbi mentali nella persona anziana .	5	SI	Dip. Salute Mentale	
ESITI		8	Incremento delle Attività del CEDIAL (Centro Disturbi Alimentari)	8.1	N° Pazienti con DCA dichiarati guariti o riabilitati / N° pazienti con DCA presi in carico	5	> valore 2011	Dip. Salute Mentale	
GESTIONE DELLE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	9	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	9.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012 / budget assegnato come da apposita scheda	5	≤ 1	UO Co.An.	
		10	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	10.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	4	SI	DIP Risorse Umane	
		11	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento		Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento			100%	
				11.1	UOC - MODULO 1	3	Struttura Tecnica OIV		
				11.2	UOC - MODULO 2	3	Struttura Tecnica OIV		
				11.3	UOC - MODULO 3	3	Struttura Tecnica OIV		
				11.4	UOC - MODULO 4	3	Struttura Tecnica OIV		
				11.5	UOC - MODULO 5	3	Struttura Tecnica OIV		
				11.6	UOC - MODULO 6	3	Struttura Tecnica OIV		
				11.7	UOC - MODULO 7	3	Struttura Tecnica OIV		
				11.8	UOC - MODULO 8	3	Struttura Tecnica OIV		
11.9	UOC - MODULO 9	3	Struttura Tecnica OIV						
11.10	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: UOC Dipendenze Patologiche	3	Struttura Tecnica OIV						
11.11	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	3	Struttura Tecnica OIV						
totale peso						100			

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	UU.OO.CC. MODULI Dipartimentali (CSM- CD - CTA - SPDC)							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi alle RETI ASSISTENZIALI (Tab. II.3.2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA: partecipazione delle strutture aziendali alle reti assistenziali	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Mentale
	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi alla TUTELA DEL MINORE E DELLA DONNA (Tab. III.2.10 - LG PAA)	2	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	2.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Mentale
	OBIETTIVI del PAA relativi all' AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE (Tab. III.9.1-3 - LG PAA)	3	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA, per l'adesione al Piano strategico regionale per la Salute Mentale	3.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Mentale
	SICUREZZA DEI PAZIENTI (Tab. IV.1.1 - LG PAA)	4	Adesione al progetto Patient safety and emergency department relativo agli standard per la gestione del rischio clinico (D.A. 12 agosto 2011 GURS 16/9/2011)	4.1	N° unità di personale infermieristico con documentata "job description" / N° unità di personale infermieristico in servizio	8	≥ 80%	Dip. Salute Mentale
		5	Applicazione della raccomandazione ministeriale per la prevenzione del suicidio (racc. n. 4 - marzo 2008)	5.1	Monitoraggio dell' applicazione della raccomandazione ministeriale per la prevenzione del suicidio	8	Report	Dip. Salute Mentale / UO Risk Management
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	6	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Modelli Ministeriali - Flusso SISM - Flusso SIND)	6.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Modelli Ministeriali - Flusso SISM- Flusso SIND)	10	100%	UO Progr. controllo di gestione /SIS
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	7	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	7.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	8	100% (report)	Dip. Salute Mentale
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO DELL' EFFICIENZA	8	Riduzione del numero di TSO a carico della popolazione residente	8.1	Numero di TSO accessi in ambito Provinciale per la popolazione residente nel 2012 < Numero di TSO accessi in ambito Provinciale per la popolazione residente nel 2011	8	-5% TSO 2011	Dip. Salute Mentale
		9	Miglioramento dell'utilizzo dei mezzi di contenzione (secondo standard JCI COP.3.7)	9.1	Monitoraggio applicazione "Protocollo Contenzone" in SPDC	4	100%	Dip. Salute Mentale
		10	Incremento dell'efficienza nell'erogazione dei servizi resi dai Centri Diurni (CD)	10.1	N. utenti in carico / N. operatori (F.T.E.)	4	> valore 2011	Dip. Salute Mentale
		11	Utilizzo appropriato dei pp.II. presso gli S.P.D.C.	11.1	N. soggetti con SDO cod 295 e cod. 296 / N. soggetti ricoverati in SPDC	4	≥80%	Dip. Salute Mentale / Dip. Att. Ospedaliera
				11.2	Indice turn-over pp.II. per l'80 % dei posti disponibili	4	10 gg	Dip. Salute Mentale / Dip. Att. Ospedaliera
12	Utilizzo ottimale dei pp.II. presso le Comunità Terapeutiche Assistite (CTA)	12.1	N. soggetti dimessi dalle CTA 2012	4	+ 10% del valore anno 2011	Dip. Salute Mentale		
RIABILITAZIONE	ATTIVITA' RIABILITATIVE	13	Incremento delle attività socio-riabilitative	13.1	N.soggetti reintegrati nel sociale, con attività lavorativa	4	> anno 2011	Dip. Salute Mentale
ESITI	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA D'USO DEI FARMACI	14	Valutazione degli effetti indesiderati da farmaci	14.1	N° segnalazioni di ADRs al sistema di farmacovigilanza aziendale 2012	4	> anno 2011	Dip. Salute Mentale / Dip. Farmaceutico
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	UOC Dipendenze Patologiche							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi alla TUTELA DEL MINORE E DELLA DONNA (Tab. III.2.10 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Mentale
	OBIETTIVI del PAA relativi all' AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE (Tab. III.9.1-3 - LG PAA)	2	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA, per l'adesione al Piano strategico regionale per la Salute Mentale	2.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Mentale
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	3	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale ed NSIS (Modelli Ministeriali e Flusso SIND)	3.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Modelli Ministeriali e Flusso SIND) prevedendo la notifica di trasmissione del flusso SIND al S.I.S. aziendale	10	100%	UO Progr. controllo di gestione /SIS
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	4	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico 	4.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	10	100% (report)	Dip. Salute Mentale
INCREMENTO DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE	ESTENSIONE DELLA CASISTICA	5	Incremento del Numero di Utenti trattati per le diverse forme di dipendenza patologica	5.1	N° tossicodipendenti trattati con farmaci sostitutivi	4	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
				5.2	N° tossicodipendenti trattati con psicoterapia o colloqui psicologici	4	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
				5.3	N° tossicodipendenti trattati con terapie integrate	4	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
				5.4	N° soggetti che ha avuto accesso al SerT per dipendenze diverse dall'eroina	4	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
				5.5	N° soggetti che ha avuto accesso al SerT per dipendenze non farmacologiche (sexual addiction - gioco d'azzardo - internet addiction...etc)	4	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
ESITI	MIGLIORAMENTO EFFICACIA DEI TRATTAMENTI	6	Valutazione degli Esiti dei trattamenti	6.1	N° soggetti in condizione di remissione protratta completa (Indicare il follow up di riferimento)	4	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
				6.2	N° soggetti in condizione di remissione protratta parziale (indicare il follow up di riferimento)	4	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
PREVENZIONE	PREVENZIONE NELL'AMBITO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	7	Screening dei soggetti afferenti ai SerT per Epatite B, C ed HIV	7.1	N° soggetti afferenti ai SerT sottoposti a screening per epatite B, epatite C e per HIV nei SerT	4	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
	8	Rilevamento attività di prevenzione	8.1	Monitoraggio tipologia di interventi di prevenzione effettuati (primaria, secondaria o terziaria) e n° di operatori coinvolti	4	trend in crescita (relazione trimestrale)	Oss Dip. Pat.	
RIABILITAZIONE	ATTIVITA' RIABILITATIVE	9	Incremento del ricorso a CTA regionali	9.1	N° soggetti inviati in Comunità Terapeutiche extra-regionali / N° totale soggetti inviati in Comunità Terapeutiche	6	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
		10	Valutazione degli Esiti di programmi riabilitativi in Comunità Terapeutiche	10.1	N° soggetti dimessi per fine programma (con indicazione del mantenimento della condizione di drug free e del follow up di riferimento)	6	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
				10.2	N° soggetti che hanno interrotto un trattamento (con mantenimento della condizione di drug free e indicazione del follow up di riferimento)	6	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
		11	Incremento delle attività socio-riabilitative	11.1	N.soggetti reintegrati nel sociale, con attività lavorativa	6	> anno 2011	Oss Dip. Pat.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi alle RETI ASSISTENZIALI (Tab. II.3.2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA: partecipazione delle strutture aziendali alle reti assistenziali	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Mentale
	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativi alla TUTELA DEL MINORE E DELLA DONNA (Tab. III.2.10 - LG PAA)	2	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	2.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	15	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Mentale
	OBIETTIVI del PAA relativi all' AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE (Tab. III.9.1-3 - LG PAA)	3	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA, per l'adesione al Piano strategico regionale per la Salute Mentale	3.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	15	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Salute Mentale
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	4	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico 	4.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	15	100% (report)	Dip. Salute Mentale
PROGETTAZIONE	PROGETTAZIONE	5	Progettazione su tematiche speciali	5.1	Progettazione di attività di valutazione dell'efficacia degli interventi di profilassi e terapia nei minori e nei neonati a rischio	15	SI (cronoprogramma di progetto e report)	Dip. Salute Mentale / UO Qualità e progettazione
				5.2	Progettazione di attività di pubblica utilità in materia di "abuso e maltrattamento di minori"	10	SI (cronoprogramma di progetto e report)	Dip. Salute Mentale / UO Qualità e progettazione
				5.3	Promozione di progetti socio-riabilitativi per l'autismo	10	SI (cronoprogramma di progetto e report)	Dip. Salute Mentale / UO Qualità e progettazione
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo	
Area strategica	Dipartimento Prevenzione								
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa a PROGRAMMI DI PREVENZIONE E DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE (Tab. II.1.1 - 2 LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA, con il concorso della UO Educazione alla Salute ed UO Coordinamento Screening	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	6	SI (produrre piano)	UOC Coordinamento Staff strategico	
				1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione / Controllo di gestione	
	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa alla TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO (Tab. II.1.4- LG PAA)	2	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA, con il concorso del Servizio Prevenzione e Protezione	2.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	6	SI (produrre piano)	UOC Coordinamento Staff strategico	
				2.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	10	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione / Controllo di gestione	
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	3	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	3.1	Redazione piano di miglioramento sulle aree critiche	6	SI (piano di miglioramento)	Dip. Prevenzione / U.O. Qualità e progettazione	
				3.2	Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento sulle aree critiche	8	100% (report delle verifiche)		
GESTIONE DELLE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	6	≤ 1	UO Co.An.	
		5	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	5.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	6	SI	DIP Risorse Umane	
		6	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento		Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento			100%	
				6.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	6	Struttura Tecnica OIV		
				6.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	6	Struttura Tecnica OIV		
				6.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	6	Struttura Tecnica OIV		
				6.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	6	Struttura Tecnica OIV		
				6.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	6	Struttura Tecnica OIV		
				6.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	6	Struttura Tecnica OIV		
6.7	UOC HACCP - RSO	6	Struttura Tecnica OIV						
totale peso						100			

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	--	---------------------	--	------------	------	-----------	------------------------------------

Area strategica	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva									
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa a PROGRAMMI DI PREVENZIONE E DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE (Tab. II.1.1 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	12	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione		
PREVENZIONE	ATTUAZIONE PROGRAMMI VACCINALI	2	Programmazione ed organizzazione dell'attività di prevenzione vaccinale sul territorio aziendale	2.1	Predisposizione e diffusione ai Responsabili delle UUOO Territoriali di Linee operative per l'attuazione dei programmi vaccinali e produzione di reports semestrali sui risultati raggiunti, sia per l'intero territorio provinciale che per i distinti territori distrettuali	10	SI	Dip. Prevenzione		
				2.2	Produzione di reports semestrali sui risultati raggiunti, sia per l'intero territorio provinciale che per i distinti territori distrettuali, entro il 31.01.2013	10	SI	Dip. Prevenzione		
		3	Monitoraggio delle coperture vaccinali per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	3.1	Coperture vaccinali sia per l'intero territorio provinciale che per i distinti territori distrettuali	10	Nelle percentuali previste dall'Allegato A tabella 2 DA n.1819 del 13.7.2010	Dip. Prevenzione		
		4	ALTRE VACCINAZIONI	4	Vaccinazioni internazionali	4.1	N. di soggetti sottoposti a vaccinazioni internazionali / N. di soggetti che ne fanno richiesta	8	100%	Dip. Prevenzione
		5	PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE	5	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	5.1	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	10	> 95%	Dip. Prevenzione
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	6	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico 	6.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	10	100% (report)	Dip. Prevenzione		
EPIDEMIOLOGIA	SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE	7	Raccolta e codifica delle informazioni riportate nelle schede ISTAT di morte, elaborazione dei dati a livello locale e trasmissione al Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Regionale del Flusso ReNCaM	7.1	N. schede di morte codificate e registrate / N. schede di morte pervenute	10	100%	Dip. Prevenzione		
				7.2	Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNCaM" (entro il 31 marzo 2013)	10	SI	Dip. Prevenzione		
		8	Sorveglianza delle malattie oncologiche	8.1	Produzione di un Rapporto sulla diffusione dei tumori nella Provincia di Palermo	10	SI	Dip. Prevenzione		
totale peso						100				

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	UOC Igiene degli ambienti di vita							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa alla TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO (Tab. II.1.4- LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione
EFFICIENZA	Miglioramento dell'efficienza nella erogazione delle attività sanitarie negli ambienti di vita	2	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali	2.1	N. di pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione / N. di richieste ricevute per pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali	15	≥ 95%	Dip. Prevenzione
		3	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per bonifica amianto	3.1	N. di pareri igienico sanitari per bonifica amianto rilasciati / N. di richieste di pareri igienico sanitari per bonifica amianto	15	≥ 95%	Dip. Prevenzione
		4	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	4.1	N. di pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione / N. di richieste ricevute per pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	15	≥ 95%	Dip. Prevenzione
		5	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per la realizzazione di opere pubbliche	5.1	N. di pareri igienico - sanitari per progetti di opere pubbliche rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione / N. di richieste ricevute per pareri igienico - sanitari per progetti di opere pubbliche	15	≥ 95%	Dip. Prevenzione
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	6	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	6.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	20	100% (report)	Dip. Prevenzione
totale peso						100		

Area strategica	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa a PROGRAMMI DI PREVENZIONE E DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE (Tab. II.1.2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA per la Sicurezza alimentare	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	30	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione
EFFICIENZA	Miglioramento dell'efficienza dei controlli ai fini della sicurezza alimentare	2	Sorveglianza sulla ristorazione collettiva	2.1	N. controlli effettuati sui laboratori di produzione pasti per ospedali, case di cura e case di riposo e sulle attività di ristorazione scolastica 2012 / N. di controlli effettuati nell'anno 2011	25	+ 20% valore anno 2011	Dip. Prevenzione
		3	Sicurezza delle fonti idriche, per la prevenzione delle malattie trasmissibili e dei rischi di contaminazione - Verifiche delle procedure relative ai controlli interni effettuati dall'Ente Gestore.	3.1	N. controlli ufficiali di verifica della corretta gestione e manutenzione degli impianti idrici / N. totale di controlli da effettuare	20	≥ 95%	Dip. Prevenzione
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	4	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	4.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	25	100% (report)	Dip. Prevenzione
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	--	---------------------	--	------------	------	-----------	------------------------------------

Area strategica									
UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro									
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione
			2	Implementazione delle attività di assistenza, informazione e formazione	2.1	Numero ore di attività erogate per assistenza, informazione e formazione	10	+ 5 % valore anno 2011	Dip. Prevenzione
			3	Attuazione del progetto obiettivo del PSN 2010 "Piano Prevenzione in edilizia 2010/2012"	3.1	Numero di aziende ispezionate / N. di aziende ispezionabili nel rispetto dei parametri del D.A. 1174/2010	15	Valore 2012 DA 1174/2010	Dip. Prevenzione
			4	Attuazione del progetto obiettivo del PSN 2010 "Emergenza delle malattie professionali in Sicilia"	4.1	N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF / N. segnalazioni pervenute nel 2011	10	Valore 2012 DA 1174/2010	Dip. Prevenzione
			5	Tutela dei lavoratori e della collettività dal rischio amianto	5.1	N. di pareri igienico sanitari per bonifica amianto rilasciati / N. di richieste di pareri igienico sanitari per bonifica amianto x 100	10	≥ 95%	Dip. Prevenzione
			6	Attuazione del progetto obiettivo del PSN 2010 "Piano Prevenzione in agricoltura - selvicoltura 2010/2012"	6.1	Numero di aziende ispezionate / N. di aziende ispezionabili nel rispetto dei parametri del D.A. 1174/2010	10	Valore 2012 DA 1174/2010	Dip. Prevenzione
			7	Sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale	7.1	N. di inchieste epidemiologiche effettuate in casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale / N. di denunce, referti, deleghe della AG di casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale pervenute allo SPreSal	10	≥ 95%	Dip. Prevenzione
8	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	8.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	15	100% (report)	Dip. Prevenzione			
totale peso						100			

Area strategica									
UOC Impiantistica ed antinfortunistica									
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione
			2	Incremento delle verifiche di apparecchi a pressione effettuate	2.1	N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate / N. verifiche apparecchi a pressione richieste x 100	10	≥ 40%	Dip. Prevenzione
			3	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	3.1	N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste x 100	10	≥ 60%	Dip. Prevenzione
					3.2	N. verifiche impianti di terra effettuate / N. verifiche impianti di terra richieste x 100	15	≥ 70%	Dip. Prevenzione
					3.3	N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste x 100	15	≥ 40%	Dip. Prevenzione
4	Attività formative presso Utenti e Istituzioni	4.1	N. Corsi realizzati presso Utenti e Istituzioni	15	≥ 12/anno	Dip. Prevenzione			
5	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	5.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	15	100% (report)	Dip. Prevenzione			
totale peso						100			

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa a PROGRAMMI DI PREVENZIONE E DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE (Tab. II.1.1-2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	15	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione
	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa alla TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO (Tab. II.1.4- LG PAA)	2	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	2.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA NELLE ATTIVITA' ANALITICHE	3	Tutela dei lavoratori e della collettività dal rischio amianto	3.1	N. di campioni analizzati per la ricerca ed identificazione delle fibre di amianto / N. di richieste di analisi (campioni prelevati + campioni pervenuti) per la ricerca e la identificazione delle fibre di amianto	15	≥ 95%	Dip. Prevenzione
		4	Prevenzione delle malattie da Legionella Pneumophila implementazione dei controlli preventivi nelle strutture ad uso collettivo (turistico - ricettive, socio assistenziali e nosocomiali, impianti sportivi, istituti scolastici ecc...)	4.1	Incremento del numero dei campioni analizzati per la ricerca della presenza di Legionella Pneumophila / numero di campioni analizzati nell'anno 2011	15	+ 20% valore anno 2011	Dip. Prevenzione
		5	Implementazione delle attività analitiche per la sicurezza alimentare	5.1	N. dei campioni di alimenti analizzati per la verifica dei parametri chimici / N. di campioni analizzati nell'anno 2011	15	+ 20% valore anno 2011	Dip. Prevenzione
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	6	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	6.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	20	100% (report)	Dip. Prevenzione
totale peso						100		

Area strategica	UOC HACCP - RSO							
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa a PROGRAMMI DI PREVENZIONE E DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE (Tab. II.1.1-2 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione
	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa alla TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO (Tab. II.1.4- LG PAA)	2	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	2.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prevenzione
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA NELLA GESTIONE DEI RIFIUTI SPECIALI	3	Riduzione della produzione dei rifiuti speciali pericolosi prodotti dalle strutture aziendali	3.1	Peso in Kg dei rifiuti speciali pericolosi prodotti dalle strutture aziendali nell'anno 2012 / Peso in Kg dei rifiuti speciali pericolosi prodotti dalle strutture aziendali nell'anno 2011	20	- 5% valore anno 2011	Dip. Prevenzione
	PREVENZIONE DELLE MALATTIE DA LEGIONELLA PNEUMOPHILA	4	Controllo annuale nei presidi ospedalieri aziendali per la ricerca della presenza di Legionella Pneumophila	4.1	N. verifiche di tipo analitico sui presidi ospedalieri aziendali / N. presidi ospedalieri aziendali	20	100%	Dip. Prevenzione
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO (Sub-Ob. AGENAS 4.3)	MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE	5	Redazione e realizzazione di piano di miglioramento sulla base di: • modello qualità progettata (D.A. 3185 28/12/10); • risultati dei questionari di valutazione; • segnalazioni / reclami; • proposte del Comitato Consultivo; • standard carta dei servizi aziendale; • audit civico	5.1	Raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano di miglioramento dipartimentale sulle aree critiche	20	100% (report)	Dip. Prevenzione
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo	
Area strategica Dipartimento Prevenzione Veterinario									
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa alla SANITA' VETERINARIA (Tab. II.1.3 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	5	SI (produrre piano)	UOC Coordinamento Staff strategico	
				1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	15	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prev.Veterinario / Controllo di gestione	
GESTIONE E COORDINAMENTO	COORDINAMENTO DELLE UU.OO.CC. DIPARTIMENTALI	2	Definizione di procedure di esecuzione delle attività di macellazione	2.1	Predisposizione e diffusione di linee guida sull'esecuzione delle attività di macellazione presso i "Macelli" pubblici e privati della Provincia.	10	SI (entro il I° semestre)	Dip Prev Veterinario	
				2.2	Verifica dell'applicazione delle procedure di esecuzione delle attività di macellazione presso i "Macelli" pubblici e privati della Provincia (su un campione di almeno il 60%).	10	30% entro il II sem.	Dip Prev Veterinario	
		3	Definizione di procedure di esecuzione dei "Piani di eradicazione di brucellosi, tubercolosi, Leucosi bovina enzootica"	3.1	Predisposizione e diffusione di linee guida sull'esecuzione dei "piani di eradicazione di brucellosi e tubercolosi" vs allevamenti della Provincia.	10	SI (entro il I° semestre)	Dip Prev Veterinario	
				3.2	Verifica dell'applicazione delle procedure di esecuzione dei "piani di eradicazione di brucellosi, tubercolosi e leucosi bovina enzootica" negli allevamenti della Provincia. (su un campione di almeno il 3% degli allevamenti bovini).	10	1,5% entro il I sem.	Dip Prev Veterinario	
QUALITA' PERCEPITA	TRASPARENZA	4	Disponibilità presso le sedi di erogazione e sul sito aziendale di informazioni sulle prestazioni erogate (Decreto Ass. Salute Reg. Sicilia 28/12/2010)	4.1	Aggiornamento della "carta dei servizi" sul sito web aziendale e invio per conoscenza alla U.O. Qualità, e del materiale informativo affisso/consegnato agli utenti sui servizi offerti dalle UU.OO. dipartimentali: - Prestazioni - Sedi diriferimento con recapiti telefonici - Nominativi Referenti - Orari prestazioni - Responsabile servizio con orario di ricevimento - Modalità di accoglienza e risposta ai reclami	10	SI	UO Comunicaz. Informaz.	
GESTIONE DELLE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	5	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	5.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2012/budget assegnato come da apposita scheda	6	≤ 1	UO Co.An.	
		6	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	6.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	6	SI	DIP Risorse Umane	
		7	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	7.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Igiene urbana e lotta al randagismo - Area A	6	100%	Struttura Tecnica OIV	
				7.2	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC UOC Igiene della produzione degli alimenti di origine animale e loro derivati - Area B	6			Struttura Tecnica OIV
				7.3	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche - Area C	6			
		totale peso						100	

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	Area A - UOC Igiene urbana e lotta al randagismo							Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa alla SANITA' VETERINARIA (Tab. II.1.3 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prev.Veterinario
PREVENZIONE E IGIENE URBANA	LOTTA AL RANDAGISMO	2	Definizione procedure di gestione del data-base "anagrafica canina"	2.1	Verifica dell'applicazione delle procedure di gestione dell'anagrafica canina (su un campione di almeno il 50% delle strutture dotate del data-base).	20	100% del campione	Dip. Prev.Veterinario
		3	Miglioramento dell'anagrafe canina informatizzata, anche tramite azioni di stimolazione attiva dei Comuni e del senso civico dei proprietari di cani	3.1	Numero di iscrizioni nell'anagrafica canina	15	≥ 2011 report delle azioni realizzate	Dip. Prev.Veterinario
		4	Aumento del numero di sterilizzazioni canine, anche tramite stimolazione attiva dei Comuni alla cattura di cani vaganti	4.1	N° sterilizzazioni canine effettuate nel 2012	15	≥ 2011	Dip. Prev.Veterinario
		5	Avvio pratiche di sterilizzazione con tecniche miniinvasive	5.1	N° sterilizzazioni effettuate con tecniche miniinvasive / N° totale sterilizzazioni (al 31.12.2012)	15	≥ 10% delle sterilizzazioni	Dip. Prev.Veterinario
	QUALITA' PERCEPITA	6	Avvio attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, etc	6.1	N° eventi formativi realizzati nel 2012	15	almeno 50 eventi	Dip. Prev.Veterinario
totale peso						100		

Area strategica	Area B - UOC Igiene della produzione degli alimenti di origine animale e loro derivati							Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa alla SANITA' VETERINARIA (Tab. II.1.3 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prev.Veterinario
IGIENE DELLA PRODUZIONE DEGLI ALIMENTI	MONITORAGGI	2	Rispetto dei tempi di controllo e di ricontrollo delle aziende bovine e ovicaprine affette da brucellosi o tubercolosi	2.1	N. medio di giorni che intercorre fra un controllo e il successivo in presenza di focolaio: Brucellosi ≤ 30 giorni (secondo indicazioni regionali) Tubercolosi ≤ 65 giorni (secondo indicazioni regionali)	20	SI (report)	Dip. Prev.Veterinario
		3	Prevenzione e controllo delle zoonosi derivate dal consumo di alimenti	3.1	Numero controlli effettuati nell'anno 2012	15	≥ 2011	Dip. Prev.Veterinario
	PREVENZIONE	4	Tempestività degli interventi di Polizia veterinaria	4.1	Numero interventi eseguiti nei tempi di legge / N. totale interventi	15	≥ 80%	Dip. Prev.Veterinario
		5	Categorizzazione del rischio per le imprese alimentari registrate	5.1	N. imprese alimentari categorizzate / N. imprese alimentari registrate	15	≥ 2011	Dip. Prev.Veterinario
6	Controllo in supervisione degli stabilimenti alimentari riconosciuti dalla CEE	6.1	N. controlli di verifica degli stabilimenti effettuati / N. stabilimenti alimentari riconosciuti dalla CEE X100	15	≥ 2011	Dip. Prev.Veterinario		
totale peso						100		

Area strategica	Area C- UOC Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche							Coordinamento e verifica obiettivo
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL P.S.R. (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa alla SANITA' VETERINARIA (Tab. II.1.3 - LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	1.1	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	20	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	Dip. Prev.Veterinario
IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	MONITORAGGI	2	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	2.1	Completezza e tempestività dei flussi informativi ministeriali per l'alimentazione del sistema informativo SANAN	20	SI - report dei flussi inviati	Dip. Prev.Veterinario
		3	Attuazione dei controlli previsti dal "Piano nazionale per il benessere animale"	3.1	Esecuzione del n° di controlli indicati dal Ministero	20	N° controlli indicati dal Ministero	Dip. Prev.Veterinario
	PREVENZIONE	4	Tempestività degli interventi di Polizia veterinaria	4.1	Numero interventi eseguiti nei tempi di legge / N. totale interventi	20	≥ 80%	Dip. Prev.Veterinario
		5	Controllo e monitoraggio degli allevamenti suini per malattia vescicolare. Mantenimento standard (valido per accreditamento)	5.1	N°. di allevamenti controllati secondo il protocollo previsto / N°. di allevamenti controllati nel territorio di competenza	20	100%	Dip. Prev.Veterinario
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2011	Coordinamento e verifica obiettivo		
Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali								
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob.AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	1 Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flusso del Personale - DDG n.397/2012)	1.1 N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flusso del Personale - DDG n.397 del 29.02.2012)	15	100%	UO Progr. controllo di gestione /SIS		
OBIETTIVI DIPARTIMENTALI	EFFICIENZA GESTIONALE	2	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	2.1 Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2012 / budget dei consumi assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	15	≤ 1	UOC Co.An.	
		3	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	3.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: UOC - Gestione giuridica e sviluppo organizzativo	15	100%	Struttura Tecnica OIV
				3.2	UOC - Gestione economica e previdenziale	15		Struttura Tecnica OIV
	3.3			UOC - Personale convenzionato	15	Struttura Tecnica OIV		
VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE	4	Sviluppo e applicazione del sistema di valutazione annuale del personale (Regolamento di valutazione del personale - Delibera n. 686 del 5 agosto 2011)	4.1 Monitoraggio e verifica della corretta applicazione della procedura di valutazione della performance individuale in tutte le macrostrutture aziendali (N. dipendenti valutati secondo Regolamento /N. dipendenti)	25	SI	UO Valutazione Personale		
				totale peso	100			
UOC - Gestione Giuridica e sviluppo organizzativo								
SVILUPPO ORGANIZZATIVO	ATTUAZIONE ATTO AZIENDALE E DOTAZIONE ORGANICA	1	Censimento del personale per singola struttura aziendale e per centri di costo	1.1 Censimento effettuato entro 6 mesi dall'attivazione del nuovo piano dei centri di costo	20	SI	Dip. Risorse Umane	
	GESTIONE GIURIDICA E SVILUPPO ORGANIZZATIVO	2	Ricognizione personale idoneo a svolgere le mansioni del profilo/disciplina di appartenenza	2.1	N. dipendenti inviati agli organismi medici competenti / N. richieste pervenute per le verifiche di idoneità	15	>80%	Dip. Risorse Umane
				2.2	N. dipendenti per i quali sono state presentate proposte di provvedimenti conseguenti agli accertamenti per la ricollocazione / N. dipendenti inadeguati da ricollocare.	15	>80%	Dip. Risorse Umane
		3	Riconduzione degli esiti dei procedimenti disciplinari al sistema di valutazione del personale.	3.1	Invio tempestivo, ai Colleghi Tecnici di pertinenza, degli esiti di procedimenti disciplinari a carico dei Dirigenti .	15	< 20 gg	Dip. Risorse Umane
	MONITORAGGI	4	Monitoraggio dotazione organica	4.1 Monitoraggio della dotazione organica del personale con produzione di specifico report contenente la previsione di personale secondo la pianta organica vigente, personale in servizio, indicazione degli assunti e dei cessati, la consistenza del periodo.	15	SI (report trimestrale)	Dip. Risorse Umane	
	AFFARI GENERALI	5	Gestione assicurativa	5.1 N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri / N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti	10	>80%	Dip. Risorse Umane	
VIGILANZA SULLE PRESENZE DEL PERSONALE	6	Vigilanza sulle presenze del personale con tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze, e con invio all'URP, entro il 10 di ogni mese, dei dati di assenze/presenze e dei dati (ore lavorate) della tabella 11 del Conto annuale.	6.1 N. invii mensili effettuati nei tempi previsti alla UO Comunicazione e Informazione (URP)	10	100%	UO Comunicazione e Informazione		
				totale peso	100			
UOC - Gestione economica e previdenziale								
GESTIONE DELLE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	1	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	1.1 Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2012 / budget dei consumi assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	50	≤ 1	UOC Co.An.	
	MONITORAGGI	2	Rilevazione sistematica dei costi del Personale per ciascun Centro di Responsabilità e centro di costo.	1.2 Rendicontazione mensile, al Servizio di Contabilità Analitica, dei costi del personale /macrostruttura / UOC /CdC (secondo la procedura in uso per la liquidazione e pagamento delle competenze)	50	SI	Dip. Risorse Umane / UOC Co.An.	
				totale peso	100			

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2011	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	UOC - Personale convenzionato							
GESTIONE DELLE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	1	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	I.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2012 / budget dei consumi assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	30	≤ 1	UOC Co.An.
		2	Rilevazione sistematica dei costi del Personale convenzionato (MMG e PLS - SUMAISTI - Consulenti - Borsisti - Tirocinanti - Stagisti - Servizio Civile - etc.)	I.2	Rendicontazione trimestrale al Servizio di Contabilità Analitica dei costi sostenuti per il Personale convenzionato , per ciascuna Macrostruttura e per ciascun Distretto	40	SI	UOC Co.An.
	PERSONALE CONVENZIONATO	3	Verifica dei servizi resi in convenzione dalla Multiservizi S.p.A.	I.3	Verifica trimestrale delle attività svolte dal personale della Multiservizi, in relazione alle attività della Multiservizi previste dalle convenzioni, con produzione di specifica relazione semestrale.	30	SI	Dip. Risorse Umane / UOC Co.An.
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2011	Coordinamento e verifica obiettivo	
UOC - Bilancio e Programmazione							
OBIETTIVI GESTIONALI (OB. AGENAS n. 4)	CERTIFICAZIONE FONDI U.E. (Sub-ob. AGENAS 4.2)	1 Utilizzo, entro il 31.12.2012, dei fondi comunitari per gli investimenti	1.1 Spesa sostenuta per l'acquisizione di attrezzature, anche con riferimento alla spesa sostenuta nel 2011 (non certificata)	14	€/mgl 4.098	UO Co. Analitica	
GESTIONE RISORSE	MONITORAGGI	2 Rispetto delle scadenze previste nella trasmissione dei flussi di competenza e completezza degli stessi.	2.1 Trasmissione del modello CE alla Direzione aziendale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalle normative vigenti.	8	SI	UOC Bilancio e Progr. / SIS	
			2.2 Trasmissione del modello LA alla Direzione aziendale (S.I.S.) almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalle normative vigenti.	8	SI	UOC Bilancio e Progr. / SIS	
			2.3 Trasmissione del modello SP alla Direzione aziendale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalle normative vigenti.	8	SI	UOC Co.An.e patrimonio / SIS	
	EFFICIENZA GESTIONALE	3 Rendicontazione delle attività , con reportistica trimestrale, per ciascun Centro di Responsabilità.	3.1 Invio dei dati di attività, per ciascun Centro di responsabilità del Dipartimento, all'U.O. Programmazione Controllo di gestione e S.I.S. - Cadenza trimestrale (secondo format da concordare)	8	SI	UO Co. Analitica	
			4 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	4.1 Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2012 / budget dei consumi assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	8	≤ 1	UO Co. Analitica
				5 Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	5.1 Predisposizione del bilancio previsionale anno 2012 entro 30 giorni dall'avvenuta negoziazione delle risorse finanziarie con l'Assessorato Regionale della Salute	8	SI
			5.2 Trasmissione alla Direzione Generale del bilancio consuntivo al 31.12 dell'anno di riferimento almeno 15 giorni prima della scadenza fissata dalla Regione		8	SI	
	6 Predisposizione della proposta di budget economico per l'anno 2012 per i Centri di Responsabilità aziendali	6.1 Trasmissione alla U.O. Programmazione Controllo di Gestione e SIS, su supporto informatico, della proposta di "Budget economico" per l'anno 2012, per i Centri di Responsabilità aziendali, entro 15 gg. dalla predisposizione del bilancio previsionale.	8	SI	UOC Co.An. / Controllo di gestione		
		7 Gestione informatizzata cespiti	7.1 N. fatture registrate nella procedura ENCO cespiti/N. totale fatture relative ad acquisto immobilizzazioni	8	100%	UOC Co.An. / Controllo di gestione	
	GESTIONE DEL PERSONALE	VIGILANZA SULLE PRESENZE DEL PERSONALE	8 Vigilanza sulle presenze del personale con tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze, con invio entro il 10 di ogni mese, dei dati di assenze/presenze all'URP e della tabella 11 del Conto annuale al Dipartimento Risorse Umane	8.1 N. invii mensili effettuati nei tempi previsti al Dipartimento risorse umane, sviluppo organizzativo e affari generali	6	100%	DIP Risorse Umane
9 Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo			9.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	8	SI	DIP Risorse Umane	
totale peso				100			
UOC - Contabilità Analitica e Patrimonio							
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	1 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	1.1 Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2012 / budget dei consumi assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	20	≤ 1	UOC Co.An. / Controllo di gestione	
		2 Rendicontazione dei costi rilevati dalla contabilità analitica , con reportistica trimestrale, per ciascun centro di responsabilità.	2.1 Invio dei dati relativi ai costi (= valore dei consumi) sostenuti e comunicati da ciascun Centro di responsabilità dell'organizzazione aziendale all'U.O. Programmazione Controllo di gestione e S.I.S. - Cadenza trimestrale.	25	100%	UOC Co.An. / Controllo di gestione	
		3 Monitoraggio trimestrale delle variazioni autorizzate del budget assegnato per specifico c.e. a ciascun Centro di Responsabilità	3.1 Predisposizione di appositi report trimestrali aggiornati (a valenza incrementale) per ciascun Centro di Responsabilità assegnatario di budget e invio alla Direzione Generale ed alla U.O. Programmazione Controllo di gestione e S.I.S. (entro il mese successivo al trimestre di riferimento)	25	SI n° 4 report	UOC Co.An. / Controllo di gestione	
GESTIONE DEL PERSONALE	VIGILANZA SULLE PRESENZE DEL PERSONALE	4 Vigilanza sulle presenze del personale con tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze, con invio entro il 10 di ogni mese, dei dati di assenze/presenze all'URP e della tabella 11 del Conto annuale al Dipartimento Risorse Umane.	4.1 N. invii mensili effettuati nei tempi previsti al Dipartimento risorse umane, sviluppo organizzativo e affari generali	10	100%	DIP Risorse Umane	
		5 Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	5.1 Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	20	SI	DIP Risorse Umane	
totale peso				100			

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2011	Coordinamento e verifica obiettivo		
Area strategica	UOC - Contabilità Generale e gestione tesoreria							
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	1	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	1.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2012 / budget dei consumi assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	20	≤ 1	UOC Co.An. / Controllo di gestione
		2	Miglioramento del "ciclo passivo", attraverso il monitoraggio e l'eventuale revisione delle procedure di registrazione e liquidazione delle fatture, e dei mandati di pagamento.	2.1	Registrazione, liquidazione e pagamento nei tempi previsti delle fatture emesse da Fornitori, con produzione di report trimestrale delle fatture non pagate nei tempi /totale fatture	20	≥ 80% (trend in riduzione delle fatture non pagate nei tempi previsti)	UOC Co.Ge. / Controllo di gestione
	CONTABILITA' SEPARATA PER ATTIVITA' ALPI	3	Monitoraggio delle attività di produzione in ALPI.	3.1	Produzione di report trimestrale, in formato elettronico all' UO Programmazione e Controllo di Getione e S.I.S., delle attività di produzione in ALPI , con relativa valorizzazione, per ciascuna Struttura erogatrice di riferimento.	30	SI	UOC Co.Ge. / Controllo di gestione
GESTIONE DEL PERSONALE	VIGILANZA SULLE PRESENZE DEL PERSONALE	4	Vigilanza sulle presenze del personale con tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze, con invio entro il 10 di ogni mese, dei dati di assenze/presenze all'URP e della tabella 11 del Conto annuale al al Dipartimento Risorse Umane.	4.1	N. invii mensili effettuati nei tempi previsti al Dipartimento risorse umane, sviluppo organizzativo e affari generali	10	100%	DIP Risorse Umane
		5	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	5.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	20	SI	DIP Risorse Umane
totale peso				100				

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	UOC - Provveditorato							
DEBITO INFORMATIVO (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	1	Trasmissione completa e nei tempi previsti dei Flussi Informativi vs S.I.S. Aziendale e Assessorato Regionale della Salute (Flusso Dispositivi Medici - contratti aziendale)	1.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo, con % minima di integrazioni ed entro i tempi previsti /N. flussi da trasmettere (Flusso DM-contratti aziendale)	20	100%	UO Progr. controllo di gestione e SIS
OBIETTIVI GESTIONALI (OB. AGENAS n. 4)	CERTIFICAZIONE FONDI U.E. (Sub-ob. AGENAS 4.2)	2	Utilizzo, entro il 31.12.2012, dei fondi comunitari per gli investimenti	2.1	Spesa sostenuta per l'acquisizione di attrezzature, anche con riferimento alla spesa sostenuta nel 2011 (non certificata)	15	€/mgl 4.098	UO Co. Analitica
GESTIONE RISORSE	CONTENIMENTO DEI COSTI	3	Monitoraggio delle procedure di gara espletate in forma consorziata in ambito regionale e/o di bacino occidentale	3.1	N. adesioni a gare di bacino o consorziate / n. gare consorziate attivate	10	≥ 90%	UOC Provveditorato / UO Controllo di Gestione
		4	Riduzione delle procedure di rinnovo o proroga di contratti di acquisto, per i casi in cui l'obbligazione contrattuale sia scaduta o in scadenza	4.1	N. contratti per i quali è stata predisposta la proposta di nuova procedura aperta / N. contratti scaduti o in scadenza nell'anno 2012	10	≥ 90%	UOC Provveditorato / UO Controllo di Gestione
		5	Riduzione del ricorso ad acquisti di beni e servizi con procedure di acquisto "in economia"	5.1	N. contratti scaturiti da acquisti "in economia" / N. totale contratti stipulati per acquisto di beni e servizi <i>(per categorie merceologiche omogenee)</i>	10	≤ 50%	UOC Provveditorato / UO Controllo di Gestione
	MONITORAGGI	6	Rendicontazione delle attività , con reportistica trimestrale, per ciascun Centro di Responsabilità.	6.1	Invio dei dati di attività, per ciascun Centro di responsabilità, all'U.O. Programmazione Controllo di gestione e S.I.S. Cadenza trimestrale.	10	SI	UOC Provveditorato / UO Controllo di Gestione
		7	Rendicontazione dei costi in contabilità analitica, con reportistica trimestrale, per ciascun Centro di Responsabilità.	7.1	Invio dei dati relativi ai costi sostenuti per ciascun Centro di responsabilità destinatario degli interventi all'U.O.C. Contabilità Analitica e Patrimonio. Cadenza trimestrale.	10	SI	UO Co. Analitica
	EFFICIENZA GESTIONALE	8	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	8.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2012 / budget dei consumi assegnato come da apposita scheda dipartimentale	10	≤ 1	UO Co. Analitica
	GESTIONE DEL PERSONALE	9	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	9.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	DIP Risorse Umane
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
UOC - Progettazione e manutenzioni								
OBIETTIVI GESTIONALI (OB. AGENAS n. 4)	PIANO DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO CON USO DI RISORSE ALTERNATIVE (Sub-ob. AGENAS 4.4)	1	Piano di Intervento per il riassetto energetico, per la promozione e la riqualificazione delle strutture ospedaliere, la valorizzazione delle fonti rinnovabili e la riduzione dei consumi e delle emissioni.	1.1	Esistenza del Piano di Intervento al 31.07.2012	25	SI	UO Progr. Controllo di gestione e SIS
GESTIONE RISORSE	INTERVENTI PER LA RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	2	Pianificazione di interventi strutturali e tecnici per i PTA del territorio aziendale	2.1	N. interventi strutturali e tecnici realizzati / N. interventi programmati per ciascun sito aziendale (PTA e strutture territoriali) nel trimestre (rilevazione degli interventi richiesti per ogni PTA e struttura territoriale)	20	≥ 90%	Coordinatore Area Territoriale
	MONITORAGGI	3	Rendicontazione delle attività, con reportistica trimestrale, per ciascun Centro di Responsabilità.	3.1	Invio dei dati di attività, per ciascun Centro di responsabilità destinatario, all'U.O. Programmazione Controllo di gestione e S.I.S. Cadenza trimestrale.	15	SI	UO Progr. Controllo di gestione e SIS
		4	Rendicontazione dei costi per manutenzioni, in contabilità analitica, con reportistica trimestrale, per ciascun Centro di Responsabilità.	4.1	Invio dei dati relativi ai "costi per manutenzioni" all'U.O.C. Contabilità Analitica e Patrimonio. Cadenza trimestrale.	15	SI	UO Co.An.
	EFFICIENZA GESTIONALE	5	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	5.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2012 / budget dei consumi assegnato come da apposita scheda dipartimentale	15	≤ 1	UO Co.An.
	GESTIONE DEL PERSONALE	6	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	6.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	10	SI	DIP Risorse Umane
totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2011	Coordinamento e verifica obiettivo		
Area strategica	UOC - Facility management							
GESTIONE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	1	Definizione di procedure di "facility management"	1.1	Elaborazione di procedure di intervento per almeno 3 linee di intervento del facility management: - accertamenti dei consumi di energia per utenze, da parte dei responsabili di commessa - riparazione guasti a macchine e strumenti d'ufficio - manutenzione su macchine e strumenti d'ufficio	25	SI (entro il 1°sem. 2012)	UO Progr. controllo di gestione e SIS
		2	Monitoraggio dell'applicazione delle procedure stabilite (con report trimestrale)	1.2	N° richieste di intervento evase secondo le procedure stabilite / N° richieste di intervento pervenute alla UOC (per ciascuna delle linee d'intervento individuate)	25	100%	UO Co. Analitica
		3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	1.3	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2012 / budget dei consumi assegnato come da apposita scheda dipartimentale	20	≤ 1	UO Co. Analitica
	MONITORAGGI	4	Rendicontazione delle attività, con reportistica trimestrale, per ciascun Centro di Responsabilità.	1.4	Invio dei dati di attività, per ciascun Centro di responsabilità, all'U.O. Programmazione Controllo di gestione e S.I.S. Cadenza trimestrale.	10	SI	UO Progr. controllo di gestione e SIS
		5	Rendicontazione dei costi sostenuti in contabilità analitica, con reportistica trimestrale, per ciascun Centro di Responsabilità.	1.5	Invio dei dati relativi ai costi sostenuti per ciascun Centro di responsabilità all'U.O.C. Contabilità Analitica e Patrimonio. Cadenza trimestrale.	10	SI	UO Co. Analitica
	GESTIONE DEL PERSONALE	6	Vigilanza sulle presenze del personale con tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze, con invio entro il 10 di ogni mese, dei dati di assenze/presenze e della tabella 11 del Conto annuale al Dipartimento Risorse Umane.	1.6	N. invii mensili effettuati nei tempi previsti al Dipartimento risorse umane, sviluppo organizzativo e affari generali	5	100%	DIP Risorse Umane
		7	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	1.7	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	5	SI	DIP Risorse Umane
				totale peso	100			

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	---------------------	------------	------	-----------	------------------------------------

Area strategica	UOC Legale	Ob	Ind	Peso			
GESTIONE CONTENZIOSO	EFFICIENZA GESTIONALE	1	1.1	Definizione di apposito regolamento aziendale per il "Recupero dei crediti" relativi alle prestazioni specialistiche usufruite e non ritirate, ticket per codici bianchi presso i punti di Pronto Soccorso, etc.	10	SI (entro il 1° sem. 2012)	UO Gestione Contenzioso / Controllo di Gestione
			2.1	Produzione di report direzionale trimestrale (aggiornato in continuo) dell'andamento del contenzioso, con specifica dei seguenti elementi: - cause per contenzioso e tipologia; - valore delle singole cause; - stima del grado di soccombenza.	10	SI	UO Gestione Contenzioso / Controllo di Gestione
		2	2.2	Trasmissione del report del contenzioso entro il mese successivo a trimestre di riferimento, ai fini dell'accantonamento al fondo rischi	10	SI	UO Gestione Contenzioso / UO Bilancio e progr.
			2.3	N. procedure attivate per recupero crediti / N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite	10	100%	UO Gestione Contenzioso / UO Bilancio e progr.
			2.4	Report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	15	SI	UO Gestione Contenzioso / Controllo di Gestione
CONTENZIOSO DEL LAVORO	EFFICIENZA GESTIONALE	3	3.1	Definizione di apposito regolamento aziendale per la gestione del "contenzioso del lavoro".	10	SI (entro il 1° sem. 2012)	UO Gestione Contenzioso / Controllo di Gestione
			4.1	Produzione di report direzionale trimestrale (aggiornato in continuo) dell'andamento del contenzioso del lavoro, con specifica dei seguenti elementi: - descrizione delle cause; - valore delle singole cause; - stima del grado di soccombenza.	10	SI	UO Gestione Contenzioso / Controllo di Gestione
		4	4.2	Trasmissione del report del contenzioso del lavoro entro il mese successivo al trimestre di riferimento, ai fini dell'accantonamento al fondo rischi.	10	SI	UO Gestione Contenzioso / UO Bilancio e progr.
			4.3	Report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	15	SI	UO Gestione Contenzioso / Controllo di Gestione
				Totale peso	100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
-----------------	--------------------	--	---------------------	--	------------	------	-----------	------------------------------------

Area strategica	UOC Servizio Prevenzione e Protezione			Ind		Peso		
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI del PAA, per la parte di pertinenza, relativa alla TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO (Tab. II.1.4- LG PAA)	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal PAA, con il concorso del Servizio Prevenzione e Protezione	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	10	SI (produrre piano)	UOC Coordinamento Staff strategico
				1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo aziendale	30	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	SPP / Controllo di gestione
OBIETTIVI PERTINENTI L'ATTIVITA' SPECIFICA	GESTIONE DELLE EMERGENZE E VALUTAZIONE DEI RISCHI NEI PRESIDII OSPEDALIERI	2	Revisione del documento del piano di emergenza- evacuazione dei Presidi sanitari aziendali e relativa divulgazione	2.1	N. Strutture Complesse Aziendali per le quali si è provveduto alla revisione del "piano di emergenza-evacuazione" e alla relativa divulgazione verso il personale / N. Strutture Complesse aziendali	30	60%	SPP / Controllo di gestione
				3	Revisione del documento di valutazione dei rischi ai sensi del D.Lgs. 81/08 e D.Lgs. 106/2009 con le schede tecniche di sicurezza necessarie e e relativa divulgazione	30	70%	SPP / Dir.San PP.OO. E Dir. Distretti
Totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
	UOC Psicologia			Ind		Peso		
OBIETTIVI PERTINENTI ALL'ATTIVITA' SPECIFICA	RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA PSICOLOGICA TERRITORIALE	1	Sostegno psicologico in ambito clinico	1.1	N. pazienti PS P.O. Ingrassia che ricevono supporto psicologico specifico / N. pz. dimessi dal PS	20	rilevazione	UOC Psicologia / Dir San.PO. Ingrassia
		2	Potenziamento e supporto ai percorsi integrati su target prioritari per gli aspetti psicologici	2.1	N. Utenti che ricevono supporto psicologico specifico per i percorsi integrati progettati negli anni 2010-2011: A. Percorso integrato su paziente adulto con diabete mellito; B. Percorso integrato su paziente in età pediatrica con diabete mellito C. Percorso integrato su paziente con scompenso cardiaco	30	rilevazione e report	UOC Psicologia / Direttori PTA
	EFFICIENZA	3	Incremento dell'attività degli interventi clinici	3.1	Numero interventi clinici (psicoterapia individuale, familiare, di gruppo, colloquio psicologico, test) anno 2012 / N° interventi clinici (psicoterapia individuale, familiare, di gruppo, colloquio psicologico, test) anno 2011 (personale psicologo F.T.E.)	30	> anno 2011	UOC Psicologia / Controllo di gestione
				3.2	N° soggetti anziani (over-64) presi in carico per trattamenti psicoterapeutici	20	> anno 2011 - trend in crescita	UOC Psicologia / UOC Integraz Socio-San
Totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo	
Area strategica	UOC Coordinamento Staff strategico		Ind				
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE (Obiettivo AGENAS n. 1)	OBIETTIVI RELATIVI ALLE AREE DI PERTINENZA della U.O. QUALITA' E PROGETTAZIONE	1 Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal P.A.A.	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	3	SI	U.O. Qualità e progettazione
			1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	4	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	
PROGETTAZIONE		2 Supporto metodologico, coordinamento e supervisione dei progetti obiettivo PSN (2010) in corso di attuazione	2.1	N. azioni monitorate / N. azioni progettuali pianificate	5	100%	
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE (Obiettivo AGENAS n. 1)	OBIETTIVI RELATIVI ALLE AREE DI PERTINENZA della U.O. RISK MANAGEMENT	3 Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste	3.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	3	SI	U.O. Risk management
			3.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	4	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	
	OBIETTIVI RELATIVI ALLE AREE DI PERTINENZA della U.O. COORDINAMENTO SCREENING	4 Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste	4.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	3	SI	U.O. Coordinamento screening
			4.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	4	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	
	OBIETTIVI RELATIVI ALLE AREE DI PERTINENZA della U.O. FORMAZIONE	6 Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste	6.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	3	SI	U.O. Formazione
			6.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	4	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato	
OBIETTIVI RELATIVI ALLE AREE DI PERTINENZA della U.O. EDUCAZIONE ALLA SALUTE	7 Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste	7.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	3	SI	U.O. Educazione alla salute	
		7.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	4	adesione ai valori che saranno indicati dall'Assessorato		
ATTUAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 2010-2012 (Obiettivo AGENAS n. 2)	REALIZZAZIONE DEL CUP PROVINCIALE (Sub-ob. AGENAS 2.7)	8 Piena realizzazione del sistema C.U.P. provinciale integrato tra Ospedali e territorio	8.1	Numero di strutture (pubbliche/private) collegate al C.U.P. provinciale/ numero di strutture (pubbliche/private) operanti nel territorio provinciale X 100	6	100% Report 1°Verifica 30.04.2012 2°Verifica 31.07.2012	U.O. Coordinamento CUP
	MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI (Sub-Ob. AGENAS 2.8)	9 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale nel rispetto dei codici di priorità	9.1	N. prestazioni critiche (dal n. 15 al n.43 dell'elenco indicato nel Piano regionale governo tempi di attesa 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti / N. prestazioni critiche totali prenotate	4	Rilevazione	
COORDINAMENTO CUP	SVILUPPO DEL SISTEMA CUP	10 Sviluppo del sistema informatico di gestione delle prenotazioni (CUP) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali	10.1	Applicazione dell' agenda informatizzata all'attività specialistica ambulatoriale in ALPI (secondo direttive aziendali)	4	SI (Relazione)	
ATTUAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 2010-2012 (Obiettivo AGENAS n. 2)	TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 2.10)	11 Trasmissione completa dei Flussi Informativi a regime entro i tempi previsti	11.1	Punteggi ottenuti per ogni flusso a regime entro i tempi previsti (sommatoria secondo Tab A scheda Agenas)	10	150/155 (v. scheda AGENAS)	U.O. Progr. Controllo gestione e SIS
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PER IL CITTADINO (sub-ob. AGENAS 4.3)	ELABORAZIONE DI OBIETTIVI SPECIFICI RELATIVI ALL'AREA UMANIZZAZIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI (da inserire nel Piano Qualità Aziendale)	12 Valutazione tramite questionari dei servizi di diagnosi e cura in ospedale	12.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. dimissioni ricoveri ordinari	4	SI report % questionari somministrati	U.O. Comunicazione e informazione
			12.2	Elaborazione dei dati raccolti per U.O. / Presidio / Azienda, con successiva pubblicazione sul sito web	4		
		13 Valutazione tramite questionari dei servizi diagnostici e di specialistica ambulatoriale sul territorio	13.1	N. questionari somministrati tramite intervista / N. utenti ambulatoriali	4	SI report % questionari somministrati	
			13.2	Elaborazione dei dati raccolti per U.O./ Presidio/ Azienda, con successiva pubblicazione sul sito web	4		
GESTIONE DELLE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	15 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	15.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura 2012/ budget assegnato come da apposita scheda	6	≤ 1	UO Co.An.
		16 Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	16.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	6	SI	DIP Risorse Umane
				Totale peso	100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	Staff Direzione Sanitaria - UO SORVEGLIANZA SANITARIA					Peso		
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI RELATIVI ALLE AREE DI PERTINENZA della U.O. SORVEGLIANZA SANITARIA	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal P.A.A.	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	5	SI	Uoc Coordinamento Staff strategico / UO Sorveglianza Sanitaria
				1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	15	adesione ai valori che saranno indicati dal PAA	
SORVEGLIANZA SANITARIA	APPLICAZIONE DEL D.LGS. n. 81/2008	2	Mantenimento standard di attività di sorveglianza sanitaria in ambito aziendale	2.1	Numero visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del DL. 81/2008 nell'anno 2012	25	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	U. O. Sorveglianza sanitaria / Controllo di gestione
		3	Mantenimento standard di attività di sorveglianza sanitaria vs Esterni	3.1	Numero prestazioni sanitarie effettuate sul personale dipendente da aziende o ditte esterne convenzionate nell'anno 2012/ numero di prestazioni analoghe effettuate nell'anno 2011	25	≥ 1	
GESTIONE DELLE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura 2012/ budget assegnato come da apposita scheda	15	≤ 1	UO Co.An.
		5	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	5.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	15	SI	DIP Risorse Umane
Totale peso						100		

Area strategica	OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2012	Coordinamento e verifica obiettivo
Area strategica	Staff Direzionale - UO SERVIZIO SOCIALE					Peso		
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.) DEL PSR (Ob. AGENAS n. 1)	OBIETTIVI RELATIVI ALLE AREE DI PERTINENZA della U.O. SERVIZIO SOCIALE	1	Implementazione e realizzazione di tutte le attività previste dal P.A.A.	1.1	Redazione del piano attuativo relativo a obiettivi specifici, risultati attesi e indicatori, piano delle azioni, responsabilità, cronoprogramma di Gantt	5	SI	Uoc Coordinamento Staff strategico / UO Sorveglianza Sanitaria
				1.2	N. azioni completate / N. azioni previste dal Piano attuativo	10	adesione ai valori che saranno indicati dal PAA	
OBIETTIVI PERTINENTI ALL'ATTIVITA' SPECIFICA DEL SERVIZIO SOCIALE	PROGETTAZIONE	2	Attuazione di progetti obiettivi(2010)	2.1	Completa attuazione del progetto obiettivo di PSN 2010 "Benessere del minore abusato"	20	SI produzione relazione	U.O. SERVIZIO Sociale / Controllo di gestione
	RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SOCIALE	3	Riqualificazione dell'offerta territoriale - Potenziamento e supporto ai percorsi integrati su target prioritari per gli aspetti psicologici	3.1	Attuazione e partecipazione ad almeno uno dei percorsi integrati progettati nell'anno 2010: A. Percorso integrato su paziente adulto con diabete mellito; B. Percorso integrato su paziente in età pediatrica con diabete mellito C. Percorso integrato su paziente con scompenso cardiaco	25	SI produzione relazione semestrale	
	EFFICIENZA	4	Adozione di idonei strumenti di rilevazione delle caratteristiche socio-economiche, culturali, demografiche dell'utenza dei servizi sanitari dell'ASP.	4.1	Monitoraggio delle caratteristiche socio-economiche e culturali dell'utenza, da inserire nella cartella sociale, per la rilevazione dei bisogni sociali dell'utente, attraverso l'utilizzo della griglia di rilevazione sperimentata nel 2011	20	SI report semestrale	
GESTIONE DELLE RISORSE	EFFICIENZA GESTIONALE	5	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	5.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura 2012/ budget assegnato come da apposita scheda	10	≤ 1	UO Co.An.
		6	Censimento del personale relativo alla macrostruttura per ogni centro di costo	6.1	Censimento effettuato entro 45 giorni dalla ricezione degli elenchi da parte del Dip.to Risorse Umane	10	SI	DIP Risorse Umane
Totale peso						100		