



**Obiettivi Contrattuali di Salute e di
Funzionamento 2019-2020
Obiettivi Contrattuali Generali 2019-2021
e
matrice di assegnazione**

settembre 2019

MATRICE ASSEGNAZIONE OBIETTIVI STRATEGICI 2019

	OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO											OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI												
	OB.1 screening	OB.2 esiti: femore	OB.2 esiti: cesarei	OB.2 esiti: PTCA	OB.2 esiti: Colectomia	OB.3 tempi di attesa	OB.4 punti nascita	OB.5 sovraccollamento PS	OB.6 donazione organi	OB.7 prescrizioni dematerializzate	OB.8 fascicolo elettronico (FSE)	OB.9 PAC	OB.11 PAA area.1	OB.11 PAA area.2	OB.11 PAA area.3	OBIETTIVO 2a: Equilibrio di bilancio	OBIETTIVO 2b: Tempi di attesa	OBIETTIVO 3a.1 e 3a.2: Contenimento spesa personale	OBIETTIVO 3a.3: Contenimento spesa beni e servizi	OBIETTIVO 3a.4: Utilizzo somme DA n.27/26/201 e DA n.1839/2018	OBIETTIVO 3a.5: Contenimento della spesa farmaceutica	OBIETTIVO 3b: Flussi informativi	OBIETTIVO 3c: Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	OBIETTIVO 3d: Libera professione intramuraria
Dipartimento di Prevenzione	x											x												
UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva	x																							
UOS Centro Gestionale Screening	x																							
Dipartimento di Prevenzione Veterinario													x											
Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza								x						x										
Dipartimento Salute Donna e Bambino	x		x				x	x				x												
UOS Screening Cervico-carcinoma	x																							
Dipartimento Farmaceutico											x		x								x			
Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio	x									x														
UOC Medicina trasfusionale													x											
Dipartimento Diagnostica per Immagini	x																x							
UOS Screening Mammografico	x																							
Dipartimento delle Anestesia, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore									x															
UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie	x					x			x	x	x				x		x							
UOC Integrazione socio sanitaria															x									
UOC Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare															x									
UOC Ospedalità Pubblica		x	x	x	x	x							x											
UOC Ospedalità Privata		x	x	x	x	x						x												
Distretti sanitari / PTA	x								x				x	x			x							
Direzione Medica PO Partinico		x			x	x		x	x	x		x	x				x							
Direzione Medica PO Corleone					x	x		x	x	x		x	x				x							
Direzione Medica PO Termini Imerese		x			x	x		x	x	x		x	x				x							
Direzione Medica PO Petralia Sottana					x	x		x	x	x		x	x				x							
Direzione Medica PO Ingrassia		x		x	x	x		x	x	x		x	x				x							
Direzione Medica PO Villa delle Ginestre									x	x							x							
UOC/UOS Chirurgia generale					x																			
UOC Ortopedia		x																						
UOC Anestesia		x																						
UOC/UOS Ostetricia e Ginecologia			x				x																	
UOS Gastroenterologia ed Endoscopia –Screening colon retto	x																							
UOC Cardiologia + UTIC PO Ingrassia				x																				
UOC Neonatologia PO Ingrassia							x																	
UU.OO. di degenza dei PP.OO.													x											
UU.OO. degenza: Medicina interna, Geriatria e Cardiologia													x											
tutte le UU.OO. dei PP.OO. (escuso Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Neonatologia)								x																
Team Aziendale PACS / Bed Manager								x																
Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari generali								x									x			x				
Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico																		x						
UOC Progettazione e manutenzioni								x										x		x				
UOC Provveditorato								x			x								x					
UOC Bilancio e Programmazione											x					x				x				
UOC Contabilità analitica e Patrimonio											x					x								
UOC Logistica e Servizi Esternalizzati											x							x						
Dipartimento REFPPPT/UOS Informatica aziendale								x		x														
UOC Coordinamento Staff Strategico/UOS Qualità													x											
UOC Coordinamento Staff Strategico/UOS Comunicazione e informazione						x							x											
UOC Coordinamento Staff Strategico/UOS Formazione								x																
UOC Legale/UOS Gestione sinistri del personale													x											
UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS		x	x	x	x			x			x											x		
UOS Educazione alla Salute Aziendale								x				x												
Data Protection Officer															x									
tutte le strutture assegnatarie di budget															x							x		
Responsabile della Prevenzione della Corruzione																							x	
Responsabile della Trasparenza																							x	
Coordinatore Gruppo ALPI																								x

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

Per una descrizione completa dell'obiettivo fare riferimento all'ALLEGATO A
"OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020"

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA
OBIETTIVO 1 Screening punti 9 (3 per ogni screening)	➤ Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%);	ESTENSIONE: <ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva • UOS Centro Gestionale Screening • Dipartimento Salute Donna e Bambino • UOS Screening Cervico-carcinoma • Dipartimento Diagnostica per Immagini • UOS Screening Mammografico • UOS Gastroenterologia ed Endoscopia –Screening colon retto
	➤ I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colonretto, 60% per il tumore della mammella;	ADESIONE: <ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva • UOS Centro Gestionale Screening • Dipartimento Salute Donna e Bambino • UOS Screening Cervico-carcinoma • Dipartimento Diagnostica per Immagini • UOS Screening Mammografico • UOS Gastroenterologia ed Endoscopia –Screening colon retto • Distretti Sanitari
	L'indicatore di risultato, per ciascuno dei 3 screening, è il numero di persone che hanno effettivamente eseguito il test in rapporto alla popolazione target annuale (tutti quelli che avrebbero dovuto eseguirlo), cioè n. test/popolazione target annuale (indicatore LEA).	

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA
	Oltre all'obiettivo di risultato vanno raggiunti anche gli obiettivi di processo contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione e nelle Circolari citate:	PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE:
	- Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP (SI/NO)	<i>Relazione dell'indicatore per la Direzione Aziendale:</i> • Dipartimento di Prevenzione
	- Coinvolgimento e collaborazione MMG (% MMG con pulizia liste)	• Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva • UOS Centro Gestionale Screening • Distretti Sanitari/PTA
	- Aggiornamento banca dati anagrafica (SI/NO)	• Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva • UOS Centro Gestionale Screening • UOC Programmazione ed organizzazione delle attività di Cure Primarie
	- Presenza PDTA per ogni screening (SI/NO)	• Dipartimento Diagnostica per Immagini • UOS Screening Mammografico • Dipartimento Salute Donna e Bambino • UOS Screening Cervico-carcinoma • UOS Gastroenterologia ed Endoscopia –Screening colon retto
	- Utilizzo HPV-DNA come test primario (SI/NO)	• Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio • Dipartimento Salute Donna e Bambino • UOS Screening Cervico-carcinoma

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

Per una descrizione completa dell'obiettivo fare riferimento all'ALLEGATO A
"OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020"

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA
OBIETTIVO 2 Esiti punti 20 (5 per ogni sub obiettivo)	Indicatori di esito previsti dal	
	2.1 Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore <i>over</i> 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;	2.1 Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere: <ul style="list-style-type: none"> • Direzioni Mediche di Presidio PO Partinico, PO Termini Imerese, PO Ingrassia Realizzazione dell'obiettivo: <ul style="list-style-type: none"> • UOC Ortopedia • UOC Anestesia Report dell'indicatore per la Direzione Aziendale: <ul style="list-style-type: none"> • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp Pub., Osp. Priv. <ul style="list-style-type: none"> • UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS
2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non pre-cesarizzate;	2.2 Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere: <ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Salute Donna e Bambino Realizzazione dell'obiettivo: <ul style="list-style-type: none"> • UO Ostetricia e Ginecologia Report dell'indicatore per la Direzione Aziendale: <ul style="list-style-type: none"> • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp Pub., Osp. Priv. <ul style="list-style-type: none"> • UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS 	

	<p>2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;</p>	<p>2.3 Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere : Direzione Medica di Presidio PO Ingrassia</p> <p>Realizzazione dell'obiettivo: UOC Cardiologia + UTIC PO Ingrassia.</p> <p>Report dell'indicatore per la Direzione Aziendale: <ul style="list-style-type: none"> • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata </p> <p>Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp Pub., Osp. Priv. <ul style="list-style-type: none"> • UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS </p>
	<p>2.4 Colectomia laparoscopica: proporzione di colecistomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.</p>	<p>2.4 Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere: <ul style="list-style-type: none"> • Direzioni Mediche di Presidio </p> <p>Realizzazione dell'obiettivo: <ul style="list-style-type: none"> • UOC/UOS Chirurgia Generale </p> <p>Report dell'indicatore per la direzione Aziendale: <ul style="list-style-type: none"> • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata </p> <p>Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp Pub., Osp. Priv. <ul style="list-style-type: none"> • UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS </p>

SUB-OBIETTIVO 2.1:

Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

INDICATORE

Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65** (compresi quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico);

VALORE OBIETTIVO

Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 94,3%;

SCALA

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura.

Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

TRACKING

Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas;

PUNTEGGIO

5/20

NOTE

*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono che l'intervento per frattura del collo del femore avvenga entro 48h dall'arrivo in presidio. Per il periodo in esame si continua a fare ricorso all'indicatore proxyintervallo 0-2 giorni in quanto il flusso informativo SDO non presenta caratteristiche di validità tali da rilevare l'informazione sul tempo espresso in minuti.

** Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

SUB-OBIETTIVO 2.2:

Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)

INDICATORE

Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo**

VALORE OBIETTIVO

Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti anno = massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti anno = massimo 25%

SCALA

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale dell'anno precedente rispettivamente : (26% e 28%) per ciascuno dei due livelli/soglia individuati e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Nel caso in cui le AO e le ASP abbiano sia maternità di I livello che maternità di II livello, il punteggio complessivo sarà applicato proporzionalmente al peso dei due differenti strati.

TRACKING

Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.

PUNTEGGIO

5/20

NOTE

**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente.

Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

SUB-OBIETTIVO 2.3.1:**Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI****INDICATORE**

PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno* (cfr. note) dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI** diagnosticati***

VALORE OBIETTIVO

Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 91,8%;

SCALA

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

TRACKING

Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.

PUNTEGGIO

5/20

NOTE

*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono l'esecuzione della procedura PTCA sui casi di IMA-STEMI entro 90 minuti. Tuttavia poiché il flusso informativo SDO non consente per caratteristiche di completezza non ancora validate informazioni sul tempo espresso in minuti, si continua a fare ricorso all'indicatore proxy intervallo 0-1 giorno.

***Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

SUB-OBIETTIVO 2.4:**Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni****INDICATORE**

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.**

VALORE OBIETTIVO

Media delle migliori 10 strutture in Italia Fonte PNE 2017: 95,3%;

SCALA

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 70%. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare;

TRACKING

Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas;

PUNTEGGIO

5/20

NOTE

**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.

Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

Per una descrizione completa dell'obiettivo fare riferimento all'ALLEGATO A
"OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020"

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA
OBIETTIVO 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA punti 10	1. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali	1. • UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie
	2. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali	2. • UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie
	3. Monitoraggio ex post delle attività di ricovero	3. • Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata
	4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	4. • UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie
	5. Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa	5. • UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie • UOC Coordinamento Staff Strategico / UOS comunicazione e Informazione
	6. Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP	6. • UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie
	7. Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda	7. • UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

Per una descrizione completa dell'obiettivo fare riferimento all'ALLEGATO A
"OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020"

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA	
OBIETTIVO 4 Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR. punti 10 4.1) Punti nascita punti 5 4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali punti 5	4.1) Punti nascita Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore Costituisce pre-requisito l'obbligatorietà dei requisiti relativi alla presenza del personale ostetrico, ginecologico, della guardia attiva H24 anestesiologicala e pediatrico/neonatalogica H24, della garanzia degli esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24 e della presenza di una sala operatoria che deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Salute Donna e Bambino (monitoraggio obiettivo) 	
	4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Salute Donna e Bambino (monitoraggio obiettivo)
	4.2.1) Nei PN senza (TIN): 4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)	4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Numeratore: neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Denominatore: totale neonati ricoverati VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO)	<ul style="list-style-type: none"> • UU.OO. Ostetricia e Ginecologia (escluso P.O. Ingrassia)
	4.2.2) Nei PN (con TIN): 4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI [Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni <ul style="list-style-type: none"> • Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 • Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 • Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73] 	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Salute Donna e Bambino 	
	4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). Numeratore: Numero neonati direttamente dimessi (modalità dimissione: codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da TIN (Cod. 73) Denominatore: Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod.73) al netto dei deceduti (modalità dimissione: codice 1) VALORI OBIETTIVO: < 5%	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Salute Donna e Bambino • UOC Neonatologia PO Ingrassia 	

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

Per una descrizione completa dell'obiettivo fare riferimento all'ALLEGATO A
"OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020"

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA
<p>OBIETTIVO 5</p> <p>Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento</p> <p>punti 10 8 per l'Indicatore A; 2 per Indicatore B</p>	<p>Indicatore A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)</p> <p>L'indicatore sarà calcolato considerando le misurazioni di K1, K2 e K3 alle ore 6:00 di ogni giorno nel 2019 (dalla data di conferimento degli obiettivi), nel 2020 e nel 2021. Sulla base dei risultati del 2019 l'Assessorato si riserverà tramite apposita direttiva di apportare modifiche sul calcolo dell'indicatore qualora dovessero emergere criticità.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UU.OO. dei P.O. (escuso Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Neonatologia) • Team Aziendale PAGS, per la individuazione puntuale e completa delle strutture aziendali assegnatarie di interventi/azioni in relazione al PAGS (e notifica agli interessati del PAGS e degli interventi/azioni assegnate) e Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori, con specifica dell'attuazione degli interventi/azioni effettuati da ciascuna struttura aziendale rispetto a gli interventi/azioni assegnati • Bed manager • Dipartimento REFPT/UOS Informatica aziendale
	<p>Indicatore B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)</p> <p>Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Provveditorato • UOC Progettazione e manutenzioni • Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza • Dipartimento Salute Donna e Bambino • Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari generali • UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS • UOS Educazione alla salute aziendale • UOS Formazione <p>Secondo le competenze relative agli interventi previsti nel Piano Aziendale per la gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso (delibera Commissario Straordinario ASP n° 219 del 25/02/2019).</p>

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

Per una descrizione completa dell'obiettivo fare riferimento all'ALLEGATO A
"OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020"

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA
OBIETTIVO 6 Donazione organi e tessuti punti 3	<p>1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020) (PESO 10%)</p> <p><i>2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2018. (PESO 30%)</i></p> <p><i>3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)</i></p> <p><i>4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)</i></p> <p>5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)</p>	<p>• Dipartimento Anestesia, terapie intensive e terapia del dolore (obiettivo 1., 5. e obiettivo di cui alla nota n.1116/CSS del 14/05/2019)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Con nota n.1116/CSS del 14/05/2019 l'Azenda ha chiesto all'Assessorato Regionale della Salute la riformulazione degli obiettivi 2., 3. e 4. con il seguente obiettivo: "Adesione al protocollo d'intesa con il Centro regionale Trapianti relativamente all'accertamento della morte cerebrale e all'eventuale prelievo multiorgano"</p>
<p>1. SI / NO</p> <p><i>2. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se l'incremento del numero di accertamenti dell'anno 2019 sarà pari o superiore al 20% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di accertanti 2019 sarà non inferiore al 15%. L'obiettivo sarà raggiunto all'50% se l'incremento del numeri di accertamenti 2019 sarà non inferiore al 10%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se l'incremento registrato nell'anno 2019 sarà inferiore al 10%.</i></p> <p><i>3. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se, nell'anno 2019, il tasso di opposizione sarà non superiore al 38%. L'obiettivo sarà raggiunto all' 80% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 41%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 45%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se il tasso di opposizione registrato nell'anno 2019 sarà superiore al 45%.</i></p> <p><i>4. L'obiettivo sarà considerato raggiunto al 100% se nell'anno 2019 l'incremento del numero di cornee procurate sarà maggiore o uguale al 30% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 25%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 20 %. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se l'incremento del numero delle cornee procurate nell'anno 2019 sarà inferiore al 20%.</i></p> <p>5. SI/NO</p>		

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

Per una descrizione completa dell'obiettivo fare riferimento all'ALLEGATO A
"OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020"

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA
OBIETTIVO 7 Prescrizioni dematerializzate punti 5	1. % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità de materializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici 2. numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)	<i>Supporto e Monitoraggio dell'obiettivo e coordinamento:</i> <ul style="list-style-type: none"> • UOC. Programmazione e organizzazione attività cure primarie. <u>TERRITORIO</u> <i>Coordinamento e realizzazione dell'obiettivo:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Distretti Sanitari/PTA
	1. ASP: >30% nel 2019 e >35% nel 2020 2. >100 nel 2019 e >120 nel 2020	<u>PRESIDI OSPEDALIERI</u> <i>Coordinamento e monitoraggio dell'obiettivo:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Direzioni Mediche di Presidio

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

Per una descrizione completa dell'obiettivo fare riferimento all'ALLEGATO A
"OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020"

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA
OBIETTIVO 8 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) punti 5	1. % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati; (>5%)	1. <ul style="list-style-type: none"> • UOC Cure Primarie (Responsabile Aziendale FSE) • Distretti sanitari • Direzioni Mediche di Presidio
	2. % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11) (>10%)	2. <ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio • UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie (Responsabile Aziendale FSE) • Dipartimento REFPT/UOS Informatica aziendale

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

Per una descrizione completa dell'obiettivo fare riferimento all'ALLEGATO A
"OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020"

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORE ATTESO	STRUTTURA INTESTATARIA
OBIETTIVO 9: Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) Punti 5	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC. AL 31.12.2019 1. Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	1. • UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS
	AL 31.12.2019 2. Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	2: UU.OO. oggetto di attività AUDIT PAC: • UOC Provveditorato • UOC Bilancio e Programmazione • UOC Contabilità analitica e Patrimonio • UOC Logistica e Servizi Esternalizzati • Dip. Farmaceutico • UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie
	AL 31.12.2020 3. Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento	anno 2020 3. <i>da assegnare nell'anno 2020</i>

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

Per una descrizione completa dell'obiettivo fare riferimento all'ALLEGATO A
"OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020"

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA
OBIETTIVO 11: Piano Attuativo Aziendale Punti 23 (area 1: 5 punti; area 2: 9 punti; area 3: 9 punti) ☒	AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria 1.2. Igiene degli alimenti 1.3. Vaccinazioni 1.4. Tutela ambientale 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro ☒	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento di Prevenzione (Coordinamento) • Dipartimento di Prevenzione Veterinaria • UOS Educazione alla Salute Aziendale
	AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza 2.3. PDTA 2.4 Appropriatelyzza 2.5 Outcome 2.6 Trasfusionale	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità • Direzioni Mediche di PP.OO. • Distretti Sanitari/PTA • UOC Ospedalità Privata • UOC Ospedalità Pubblica • Dipartimento Farmaceutico • Dipartimento Diagnostica di Laboratorio • UOC Provveditorato • UOC Progettazione e manutenzione • UOC Legale/UOS Gestione sinistri del personale • UOS Comunicazione e Informazione • UU.OO. oggetto di audit PNE
	AREA 4: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 4.1. Cronicità 4.2 Fragilità 4.3. Disabilità e non autosufficienza 4.4 Privacy ☒	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Organizzazione e Programmazione Cure Primarie • Distretti Sanitari/PTA • UOC Integrazione socio sanitaria • Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ☒ • UOC Coordinamento Assistenza Riabilitativa Territoriale • Data Protection Officer

Scheda dell'Area 1 del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2019

OBIETTIVO 11 AREA DI INTERVENTO 1		SANITÀ PUBBLICA E PREVENZIONE punteggio 5 per ASP			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		ASSEGNAZIONE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
1.1 Sanità veterinaria	20%	1.1.A – Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	1.1.A – n. Aziende bovine e ovicaprine controllate/n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	1.1.A – 100%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
		1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	1.1.B – 21-28 giorni ≤ 28 gg 100%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
		1.1.C – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	1.1.C – 42-63 giorni ≤ 63 gg 100%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
		1.1.D – Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	1.1.D – n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	1.1.D – 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
		1.1.E – Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	1.1.E – Percentuale di riduzione della prevalenza	1.1.E – 15%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario

Scheda dell'Area 1 del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2019

OBIETTIVO 11 AREA DI INTERVENTO 1		SANITÀ PUBBLICA E PREVENZIONE punteggio 5 per ASP			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		ASSEGNAZIONE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
1.2 Sicurezza alimentare	20%	1.2.A – Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS);	1.2.A – Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici)	1.2.A – SI	• Dipartimento di Prevenzione
		1.2.B – Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché: - Piano Nazionale Residui - Piano monitoraggio Molluschi bivalvi (solo ME e SR)	1.2.B – Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12, rispettivamente, entro il 31 luglio ed il 31 gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata	1.2.B – SI	• Dipartimento di Prevenzione • Dipartimento di Prevenzione Veterinario
		1.2.C – Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	1.2.C – Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare	1.2.C – SI	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario

Scheda dell'Area 1 del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2019

OBIETTIVO 11 AREA DI INTERVENTO 1		SANITÀ PUBBLICA E PREVENZIONE punteggio 5 per ASP			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		ASSEGNAZIONE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
1.3 Coperture vaccinali e sorveglianza malattie infettive	20%	1.3.A – Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)	1.3.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente	1.3.A – 92 - 95% a 24 mesi , per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	• Dipartimento di Prevenzione
		1.3.B – Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini)	1.3.B – Relazione sulle attività svolte	1.3.B – SI	• Dipartimento di Prevenzione
		1.3.C – Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	1.3.C – Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale	1.3.C – SI	• Dipartimento di Prevenzione
		1.3.D – Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018	1.3.D – Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	1.3.D – SI	• Dipartimento di Prevenzione
		1.3.E – Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	1.3.E – Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	1.3.E – 100%	• Direzioni Mediche di PP.OO.
		1.3.F – Notifica delle malattie infettive	1.3.F – notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	1.3.F – 70%	• Direzioni Mediche di PP.OO.

Scheda dell'Area 1 del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2019

OBIETTIVO 11 AREA DI INTERVENTO 1		SANITÀ PUBBLICA E PREVENZIONE punteggio 5 per ASP			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		ASSEGNAZIONE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
1.4 tutela ambientale	20%	1.4.A – Sorveglianza malformazioni congenite	1.4.A – segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto al 2017	1.4.A – SI	• Dipartimento Salute Donna e Bambino
		1.4.B –PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute	1.4.B – raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/19	1.4.B – SI	• Dipartimento di Prevenzione • UOS Educazione alla Salute Aziendale
		1.4.C – Piano straordinario di interventi in aree a rischio ambientale (SARA) (solo le ASP di Caltanissetta, Siracusa e Messina) e SIN Biancavilla (solo ASP Catania)	1.4.C – raggiungimento degli standard previsti dalle linee di indirizzo regionali al 31/12/19	1.4.C – SI	• Dipartimento di Prevenzione
		1.4.D – Amianto	1.4.D – registro mesoteliomi Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019	1.4.D – > 80 % al 31.12.2019	• Dipartimento di Prevenzione
		1.4.E – Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)	1.4.E – Report: invio entro il 31/10/2019	1.4.E – SI	• UOS Educazione alla Salute Aziendale
1.5 prevenzione luoghi di lavoro	20%	1.5.A – sorveglianza lavoratori ex esposti	1.5.A – invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	1.5.A – SI	• Dipartimento di Prevenzione

Scheda dell'Area 2 del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2019

OBIETTIVO 11 AREA DI INTERVENTO 2		QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI punteggio:9 per ASP, 9 per AO/AOU			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		ASSEGNAZIONE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
2.1 sicurezza dei Pazienti	3 Punti	2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	1) percentuale di completezza ¹ della compilazione della scheda A e della scheda B ² degli eventi sentinella, comprensive cioè di analisi dell'evento avverso, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES)	90%	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
			<p>note:</p> <p>¹ per completezza si intende l'aver compilato i campi relativi all'analisi dell'evento avverso, compreso quindi i fattori contribuenti e alle azioni di miglioramento individuate.</p> <p>² in casi estremamente selezionati, qualora non sia possibile evidenziare cause e fattori contribuenti, nella scheda B va riportato nel campo "Azioni per la riduzione del Rischio" la dicitura: "NON SONO STATE ACCERTATE LE CAUSE E I FATTORI CONTRIBUENTI A DETERMINARE L'EVENTO SENTINELLA". Solo tali casi, La Regione non terrà conto della scheda B. In assenza di tale dicitura il report confluirà tra gli eventi oggetto di valutazione.</p>		
		2) monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	SI		
		2.1.B – Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	
2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali			1) Report secondo schema disponibile sulla piattaformaQualitasicilia SSR	SI	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
			2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	100%	

OBIETTIVO 11 AREA DI INTERVENTO 2		QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI punteggio:9 per ASP, 9 per AO/AOU			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		ASSEGNAZIONE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
		2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	SI	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Farmaceutico
		2.1.E – Adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	SI	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Legale/UOS Gestione sinistri del personale • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
2.2 personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti	1 punto	2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita	SI	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Comunicazione e informazione • UU.OO. degenza dei PP.OO. • Distretti Sanitari/PTA
		2.2.B – La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	Attuazione delle direttive regionali	SI	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità • UOS Comunicazione e informazione • Direzioni Mediche di PP.OO.
2.3 pdta	1 punto	2.3.A – Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) secondo direttive regionali.	Report sulla base degli indicatori di monitoraggio specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali	SI	<ul style="list-style-type: none"> • UU.OO. degenza: Medicina interna, Geriatria e Cardiologia • Distretti Sanitari/PTA • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
2.4 appropriatezza	1 punto	2.4.A – Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti	SI	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata

OBIETTIVO 11 AREA DI INTERVENTO 2		QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI punteggio:9 per ASP, 9 per AO/AOU			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		ASSEGNAZIONE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
2.5 outcome	1 punto	2.5.A – Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Ospedalità Pubblica • Direzioni Mediche di PP.OO. • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
2.6 Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati.	2 punti	2.6.A - Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17.01.2019) presso le aziende sanitarie (A.S.P. – A.O. – A.R.N.A.S. – A.O.U.) delle province di: Agrigento, Caltanissetta, Catania, Enna, Palermo, Ragusa, Siracusa, Trapani. - Incremento della previsione di raccolta 2019 delle EC pari a + 700 Unità presso ciascuna delle seguenti Aziende sanitarie della provincia di Messina: AOU G. Martino – A.O. Papardo – A.S.P. 5	Il sub-obiettivo 2.6.A sarà conseguito: o al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta 2019. o La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore all'1% sarà valutato con 0,8 punti o La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 2% sarà valutato 0,6 punti o La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 3% sarà valutato 0,5 punti o Per scostamenti > del 3% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto	SI	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Diagnostica di Laboratorio/UOC Medicina trasfusionale
		2.6.B – Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018.	Il sub-obiettivo 2.6.B sarà conseguito: o al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della quantità di Plasma prevista per il sub obiettivo 2 pari a + 60 Kg di plasma rispetto all'anno 2018 o La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 60 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto Per scostamenti > del 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.		

Scheda dell'Area 3 del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2019

OBIETTIVO 11 AREA DI INTERVENTO 3		ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA e PRIVACY Punteggio: 9 per ASP ; 2 per AO/AOU				
interventi previsti	Peso intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi			ASSEGNAZIONI
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	Valore obiettivo al 31.12.2020	
3.1 CRONICITA'	1	3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (<i>Diabetici</i> a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; <i>Scompensati Cardiaci</i> a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	3.1.A – N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100	3.1.A >= 90%	3.1.A >= 90%	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Organizzazione e Programmazione Cure Primarie • Distretti Sanitari/PTA
3.2 FRAGILITÀ	1	3.2 – Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	3.2.A – completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi 3.2.B – implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	3.2.A si /no	3.2.B attivazione almeno un Centro pubblico e avvio procedura aperta di selezione	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
3.3 DISABILITA' e NON AUTOSUFFICIENZA	6	3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità	3.3.A – Formalizzazione della procedura	3.3.A SI	3.3.A Attuazione della medesima	<ul style="list-style-type: none"> • Distretti Sanitari/PTA • UOC Integrazione socio sanitaria • UOC Coordinamento Assistenza Riabilitativa Territoriale
		3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali	3.3.B – Tempestivo pagamento del 100%	3.3.B SI	3.3.B SI	<ul style="list-style-type: none"> • Distretti Sanitari/PTA • UOC Integrazione socio sanitaria
		3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	3.3.C N. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali X 100	3.3.C >=80%	3.3.C >=80%	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Integrazione socio sanitaria
3.4 PRIVACY	1	3.4 – Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati	3.4.A - Costituzione ufficio per la protezione dei dati - Costituzione gruppo di lavoro	SI / NO		Data Protection Officer

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI GENERALI CONTRATTUALI 2019-2021

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORE ATTESO	STRUTTURA INTESTATARIA
<p>OBIETTIVO 2a: Equilibrio di bilancio raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute</p>	<p>assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Bilancio e Programmazione • UOC Contabilità analitica e Patrimonio • tutte le strutture assegnatarie di budget
	<p>monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato</p>	
<p>OBIETTIVO 2b: Tempi di attesa osservanza degli adempimenti prescritti espressamente dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), predisposto in attuazione dell'Intesa-Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019/2021 di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266 (PNGLA), al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa</p>	<p>realizzazione delle attività finalizzate al superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa (relazione)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie • Distretti sanitari/PTA • Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero
<p>OBIETTIVO 3a1: Contenimento della spesa del personale rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n. 190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/2009</p>	<p>rispetto del tetto di spesa (relazione)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari generali

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORE ATTESO	STRUTTURA INTESTATARIA
<p>OBIETTIVO 3a2: Contenimento della spesa del personale programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato</p>	<p>redazione del programma (relazione)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari generali
<p>OBIETTIVO 3a3: Contenimento della spesa per beni e servizi rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi. In particolare, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di Bacino), dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure Consip e Me.Pa, ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett d) della Legge 7 agosto 2012, n. 135 di conversione con modificazioni del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, per le categorie merceologiche ivi presenti</p> <p>e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e, comunque, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale e dei relativi atti regolamentari e/o attuativi nel caso in cui i prezzi siano competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori</p> <p>In ogni caso , è fatto divieto al ricorso a procedure negoziate e di urgenza — con esclusione dei casi di privativa industriale — non giustificato e sistematico ed il rinnovo di contratti in difetto di programmazione</p>	<p>rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi (monitoraggio aziendale e relazione)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico • UOC Provveditorato • UOC Progettazione e manutenzioni • UOC Logistica e Servizi Esternalizzati

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORE ATTESO	STRUTTURA INTESTATARIA
<p>OBIETTIVO 3a4: Contenimento della spesa: Utilizzo somme DA n.2726/2017 e DA n.1839/2018</p> <p>Per l'Area di emergenza e urgenza e per il Pronto soccorso, attivazione delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella G.S.A. per gli anni 2017/2018, di cui ai DD.AA. n. 2726 del 22 dicembre 2017 e n. 1839 del 12 ottobre 2018, per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal D.A. 890/2002, secondo la seguente tempistica: 3 I dicembre 2019 Progettazione esecutiva i; 3 I dicembre 2020 Avvio lavori</p>	<p>attivazione procedure di rispettiva competenza come richiesto con nota ASP/13998/2019 del 03/04/2019 (relazione)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari generali • UOC Progettazione e manutenzioni • UOC Bilancio e Programmazione
<p>OBIETTIVO 3a5: Contenimento della spesa farmaceutica</p> <p>rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione per l'assistenza farmaceutica territoriale / ospedaliera</p>	<p>rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione (relazione)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Farmaceutico
<p>OBIETTIVO 3b: Flussi informativi</p> <p>Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi", sia di istituzione nazionale che regionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alla qualità del dato, anche, in termini di coerenza con altre fonti informative e, di completezza, avuto riguardo tanto alle strutture di competenza dell'Azienda che alla periodicità di ciascun file, secondo i criteri di valutazione che saranno specificati con separato atto dell'Assessorato</p>	<p>Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi" (monitoraggio e azioni di miglioramento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS • tutte le strutture assegnatarie di budget interessate alla produzione di flussi

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORE ATTESO	STRUTTURA INTESTATARIA
OBIETTIVO 3c: Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corrutivi in sanità nonché degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione: redazione Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile della Prevenzione della Corruzione • tutte le strutture assegnatarie di budget
	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza: redazione del Piano Triennale per l'integrità e la trasparenza e monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali. Gestione del sito internet aziendale.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile della Trasparenza • tutte le strutture assegnatarie di budget
OBIETTIVO 3d: Libera professione intramuraria Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia di libera professione intramuraria ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 3 agosto 2007 n. 120 e s.m.i.	Osservanza delle disposizioni in materia (monitoraggio e relazione)	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinatore Gruppo ALPI