

REGIONE SICILIANA AZIENDA PROVINCIALE
 UFFICIO DELIBERAZIONI
 04 OTT. 2019
 Protocollo n. 3758-20

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PALERMO
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n° 00531

del 10 OTT. 2019

OGGETTO: Approvazione ed adozione Piano della Performance 2019-2021. Modifica ed integrazione delibera n.71 del 28/01/2019.

<p>STRUTTURA PROPONENTE UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE - SISTEMA INFORMATIVO E STATISTICO</p> <hr/> <p>Proposta n. <u>5</u> del <u>04/10/2019</u></p> <p>Quadro Economico Patrimoniale - Bilancio 2019</p> <p>N. Centro di Costo _____</p> <p>N° Conto Economico _____</p> <p>Ordine n° _____ del _____</p> <p>Tetto spesa/Budget assegnato € _____</p> <p>Budget già utilizzato/impegnato € _____</p> <p>Budget presente atto € _____</p> <p>Disponibilità residua di budget € _____</p> <p>Budget pluriennale _____</p> <p>Anno _____ Euro _____</p> <p>Anno _____ Euro _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Non comporta ordine di spesa</p>	<p>DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO</p> <p>ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO Esercizio 2019</p> <p>N° Conto economico _____</p> <p>N° Conto Patrimoniale _____</p> <p>Importo € _____</p> <p>Budget pluriennale _____</p> <p>Anno _____ Euro _____</p> <p>Anno _____ Euro _____</p> <p>Il Direttore f.f. UOC Bilancio e Programmazione <i>(Dr. Salvatore Bellomo)</i></p> <p>_____</p>
<p>IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO Il Dirigente Statistico <i>(Dr.ssa Sonia Tedesco)</i></p> <p><i>Sonia Tedesco</i></p> <p>IL DIRETTORE DELLA UOC <i>(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)</i></p> <p><i>M. Montagna</i></p>	

L'anno duemiladiciannove, il giorno Dieci del mese di Ottobre, nei locali della Sede Legale di via Giacomo Cusmano n° 24 - Palermo, il Direttore Generale dell'ASP di Palermo Dr.ssa Daniela Faraoni, nominata con D.P. n.191/serv.1/S.G. del 04/04/2019, assistito dal Dr. ANTONINO GALLO quale segretario verbalizzante, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata:

**Il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS,
Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna**

PREMESSO che:

- ✓ con deliberazione n.71 del 28/01/2019 è stato adottato, dal Commissario Straordinario pro-tempore, il Piano della Performance dell'ASP di Palermo per il triennio 2019-2021, documento programmatico triennale che definisce obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- ✓ nel suddetto Piano era stato precisato che eventuali revisioni potevano rendersi necessarie a seguito di modifiche di norme e/o adeguamenti rispetto alla programmazione nazionale, regionale, aziendale;

CONSIDERATO che:

- ✓ il Direttore Generale dell'ASP di Palermo si è insediato il 16/04/2019 mentre il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo sono stati nominati con decorrenza 17/06/2019;
- ✓ a seguito dell'assegnazione da parte dell'Assessorato Regionale della Salute degli obiettivi collegati al contratto del Direttore Generale, che stabiliscono gli ambiti nei quali le Aziende Sanitarie sono sollecitate ad intervenire prioritariamente, la Direzione Strategica Aziendale ha modificato e integrato gli obiettivi specifici aziendali relativi alla pianificazione triennale e gli obiettivi di budget per l'anno 2019, rispetto a quelli già inseriti nel citato Piano, attribuendoli alle varie strutture aziendali con nota n.1402 del 20/06/2019;

RITENUTO, conseguentemente, doversi modificare il Piano della Performance 2019-2021 adottato con deliberazione n.71 del 28/01/2019;

VISTA la nota n.1196 del 16/05/2018, che si allega, con la quale la Dr.ssa Sonia Tedesco è stata nominata responsabile del procedimento relativo al presente atto;

VISTO il Piano triennale della Performance dell'ASP di Palermo per il periodo 2019-2021, allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale, contenente gli obiettivi specifici triennali e gli obiettivi operativi di budget 2019 già assegnati alle varie strutture aziendali con nota n.1402 del 20/06/2019;

DATO ATTO della conformità della presente proposta alla normativa vigente che disciplina la materia trattata;

DATO ATTO che il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata è, sia nella forma che nella sostanza, totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L.14 Gennaio 1994 n.20 e s.m.i., e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della L. 6 Novembre 2012 n.190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", nonché nell'osservanza dei contenuti del vigente Piano Aziendale della Prevenzione della corruzione;

Per le causali di cui in premessa,

PROPONE di:

- 1) **APPROVARE E ADOTTARE** il PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019-2021 DELL'ASP DI PALERMO, allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale, che modifica ed integra quello adottato con la deliberazione n.71 del 28/01/2019;
- 2) **CONFERMARE** la deliberazione n.71 del 28/01/2019 per quanto non modificato nel presente atto;
- 3) **DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
- 4) **DARE CARICO** all'U.O. Comunicazione e informazione di pubblicare, ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs. n.150/2009, e ai sensi dell'Art.10 comma 8 lettera b del D.Lgs n.33/2013, sul sito istituzionale in apposita

sezione di facile accesso e consultazione denominata "Amministrazione Trasparente" / "Performance" / "Piano Performance", il presente provvedimento completo del relativo allegato;

- 5) **TRASMETTERE** copia della presente deliberazione, con il relativo allegato, all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASP di Palermo;
- 6) **TRASMETTERE**, altresì, copia della presente deliberazione, con il relativo allegato, al Comitato Consultivo Aziendale, per favorire l'apporto della compartecipazione civica ai processi di miglioramento dei servizi resi all'utenza, e alla Conferenza dei Sindaci dei Comuni della Provincia di Palermo e di Lampedusa-Linosa nell'ambito della collaborazione con le istituzioni che amministrano il territorio e ne esprimono i bisogni di salute.

Λ.*****Λ

IL DIRETTORE DELL'UOC
Programmazione Controllo di Gestione - SIS
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)



parere FAVOREVOLE dal

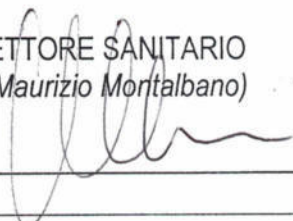
Sul presente atto viene espresso

parere FAVOREVOLE dal

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr.ssa Nora Virga)



DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Maurizio Montalbano)



IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di deliberazione che precede, e che s'intende qui di seguito riportata e trascritta;
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
Ritenuto di condividerne il contenuto,
Assistito dal segretario verbalizzante

DELIBERA

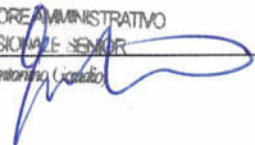
di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr.ssa Daniela Faraoni)



Il Segretario verbalizzante

COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONALE SENIOR
(Dott. Antonino Cicaleo)



ATTESTAZIONI

Deliberazione n° 00531 del 10 OTT. 2019

Il Responsabile
dell'Ufficio Deliberazioni
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONALE SENIOR

(Dot. Vincenzo Cassella)

13 OTT. 2019

La presente deliberazione è stata affissa all'Albo il _____ L'Addetto _____

è stata ritirata dall'Albo il _____ L'Addetto _____

Si attesta che contro la presente deliberazione non è pervenuto alcun reclamo

Si attesta che contro la presente deliberazione è pervenuto reclamo da:

Palermo, _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Annotazioni: _____



Piano triennale della performance 2019-2021

(integrazione e modifica Piano adottato con deliberazione n.71 del 28/01/2019)

Presentazione del Piano

Il Piano della Performance dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo presenta l'organizzazione e la mappa degli obiettivi dell'ASP alla luce delle sue specificità istituzionali.

Il Piano, in cui sono descritte le caratteristiche salienti dell'Istituzione, costituisce uno strumento organizzativo-gestionale che sistematizza missione, obiettivi strategici ed obiettivi operativi dell'Azienda.

Il documento è redatto coerentemente con i principi contenuti nel d.lgs. n. 150/2009, in conformità con le linee guida fornite dalla CIVIT e con le nuove "Linee guida per il Piano della performance – Ministeri" di giugno 2017, predisposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica, che tengono conto delle modifiche apportate al quadro normativo dal recente D.Lgs. n.74 del 25/05/2017.

Il Piano della Performance, previsto dall'art. 10 del D. L.vo n. 150/09 e s.m.i., è il documento programmatico triennale da adottare quale strumento coerente con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione in base agli obiettivi assegnati al personale dirigenziale.

Il presente piano aggiorna per il triennio 2019-2021 il precedente piano 2018-2020.

Scopo principale è quello di :

- individuare ed incorporare le attese dei portatori di interesse (Stakeholder);*
- favorire una effettiva accountability e trasparenza;*
- migliorare il coordinamento fra le diverse funzioni e strutture organizzative;*
- rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;*

Il Piano, conformemente ai principi sanciti dalla delibera n. 112/2010 della CIVIT, deve essere:

- immediatamente intelligibile anche per gli stakeholder esterni, per cui deve avere linguaggio e contenuti facilmente accessibili a chiunque;*
- trasparente;*
- garante della partecipazione degli stakeholder esterni;*
- coerente all'interno dell'Azienda stessa e all'esterno ;*
- verificabile e veritiero;*
- orientato al triennio con aggiornamenti annuali.*

Inoltre, il Piano deve permettere il confronto negli anni del documento stesso e anche con la Relazione sulla Performance; costituisce infine parte integrante del ciclo di gestione della performance.

Il Piano della Performance deve essere diffuso tra gli utilizzatori, reso disponibile e di facile accesso anche via web.

Il Piano, pertanto, è pubblicato sul sito aziendale, www.asppalermo.org, nell'apposita sezione "Trasparenza, valutazione e merito" e, altresì, è trasmesso al Comitato Consultivo Aziendale, per favorire l'apporto della compartecipazione civica ai processi di miglioramento dei servizi resi all'utenza, e alla Conferenza dei Sindaci dei Comuni della provincia di Palermo e di Lampedusa-Linosa nell'ambito della collaborazione con le istituzioni che amministrano il territorio e ne esprimono i bisogni di salute.

Il Piano della Performance 2019-2021 adottato con deliberazione n.71 del 28/01/2019 viene modificato e integrato dal presente documento, considerato che il nuovo Direttore Generale dell'ASP di Palermo si è insediato il 16/04/2019 mentre il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo sono stati nominati con decorrenza 17/06/2019.

A seguito dell'assegnazione da parte dell'Assessorato Regionale della Salute degli obiettivi collegati al contratto del Direttore Generale, che stabiliscono gli ambiti nei quali le Aziende Sanitarie sono sollecitate ad intervenire prioritariamente, la Direzione Strategica Aziendale ha definito gli obiettivi specifici aziendali relativi alla pianificazione triennale e gli obiettivi di budget per l'anno 2019, attribuendoli alle varie strutture aziendali con nota n.1402 del 20/06/2019.

Ciò ha comportato la necessità di adeguare conseguentemente il Piano della Performance già deliberato, sostituendo con il presente documento i seguenti capitoli e allegati:

- *capitolo 7. Gli obiettivi specifici*
- *capitolo 10. Dagli obiettivi specifici agli obiettivi operativi di budget*
- *capitolo 11. L'Albero della Performance*

Inoltre, sono modificati/aggiunti i seguenti allegati:

- *ALLEGATO 3 - Obiettivi di Salute e di Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019-2020" (documento dell'Assessorato Regionale della Salute)*
- *ALLEGATO 4 - Obiettivi Contrattuali di Salute e di Funzionamento 2019-2020 e Obiettivi Contrattuali Generali 2019-2021 e matrice di assegnazione (documento aziendale di assegnazione degli obiettivi alle strutture aziendali)*
- *ALLEGATO 5 - Scheda degli obiettivi specifici triennali*
- *ALLEGATO 6 - Gli obiettivi operativi e le schede di budget anno 2019*

INDICE

➤ SEZIONE 1 – LA PRESENTAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1. IDENTITÀ	5
2. MISSIONE E PRINCIPALI ATTIVITA'	6
3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI PALERMO	8
3.1. - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	8
3.2 - LE RISORSE UMANE	11
3.3 - LE RISORSE FINANZIARIE	17
➤ SEZIONE 2 – LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE	19
4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO.....	19
4.1. - POPOLAZIONE RESIDENTE NEL TERRITORIO DELL'ASP	19
4.2. - ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI ED EPIDEMIOLOGICI DI RIFERIMENTO.....	21
4.3. - LA POLITICA SANITARIA IN SICILIA.....	24
5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	30
5.1 - ALCUNI ASPETTI PECULIARI	30
5.2 - ANALISI SWOT	36
6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE)	38
7. GLI OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI.....	40
8. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (LEGGE 6 NOVEMBRE 2012 N. 190 E S.M.I.)	60
9. SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (P.A.C.)	61
➤ SEZIONE 3 – LA PIANIFICAZIONE ANNUALE	62
10. DAGLI OBIETTIVI SPECIFICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI DI BUDGET	62
11. L'ALBERO DELLA <i>PERFORMANCE</i>	63
12. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	68
➤ SEZIONE 4 – DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	70
13. IL PERCORSO DI TRADUZIONE DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALL'INDIVIDUALE	70

ALLEGATI

Allegato 1 - Descrizione socio-demografica (stralcio Piano Aziendale della Prevenzione anno 2016)

Allegato 2 - Le schede di valutazione individuale

Allegato 3 - Obiettivi di Salute e di Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019-2020" (documento dell'Assessorato Regionale della Salute)

Allegato 4 - Obiettivi Contrattuali di Salute e di Funzionamento 2019-2020 e Obiettivi Contrattuali Generali 2019-2021 e matrice di assegnazione (documento aziendale di assegnazione degli obiettivi alle strutture aziendali)

Allegato 5 - Scheda degli obiettivi specifici triennali.

Allegato 6 - Gli obiettivi operativi e le schede di budget anno 2019

➤ SEZIONE 1 – LA PRESENTAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE

1. IDENTITÀ

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo nasce il 1° settembre del 2009, giusta legge regionale del 14 aprile 2009, n. 5 "Norme di riordino del Sistema Sanitario Regionale" ed è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia imprenditoriale.

L'ultimo "atto aziendale", che ne disciplina l'organizzazione e il funzionamento, è stato adottato con deliberazione n. 283 del 02/05/2017 e s.m.i..

La sua sede legale è a Palermo, in via Giacomo Cusmano, n. 24.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili il cui possesso è stato trasferito all'atto della costituzione con L. R. n. 5/2009, nelle more dell'acquisizione della piena proprietà secondo le modalità di cui al D. Lgs. N. 502/92 e s.m.i..

Fanno altresì parte del patrimonio aziendale tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale, Dr.ssa Daniela Faraoni.

L'Azienda vanta una notevole estensione territoriale di circa 5.000 Km² suddivisi in 82 Comuni della provincia di Palermo oltre le isole di Lampedusa e Linosa, per una popolazione complessiva di n. 1.274.789 residenti al 01/01/2017, secondo i dati pubblicati dall'ISTAT.

2. MISSIONE E PRINCIPALI ATTIVITA'

Il mandato istituzionale dell'ASP è quello di tutelare, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, lo stato di Salute della Collettività e dei Cittadini, assicurando alla popolazione del proprio territorio l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali ed appropriate (Livelli Essenziali di Assistenza), lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi delle persone, l'equità delle prestazioni, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

L'Azienda garantisce la salvaguardia della salute delle persone approntando direttamente servizi e prestazioni o acquisendo le prestazioni dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate, dando la dovuta importanza alle problematiche dei soggetti fragili e cronici; garantisce la prevenzione, la riabilitazione e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro promuovendo la salute dei lavoratori; garantisce altresì equità, solidarietà, riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute, anche attraverso percorsi che limitino il ricorso inappropriato alla ospedalizzazione sviluppando la territorializzazione diffusa degli altri servizi e dei meccanismi che tendono, laddove possibile, alla domiciliarizzazione delle cure, alla facilitazione e allo snellimento dell' "accesso amministrativo" alle prestazioni, anche mediante servizi informatizzati come ad esempio il "CUP" (Centro Unificato Prenotazioni) e lo "Sportello Online" (Servizio Richiesta di Prenotazione Online, Referti Online, Esenzione per Reddito Online, Cambio Medico Online, SmarTurno).

L'Azienda organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti socio economiche della salute e sviluppando un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione medesima; persegue obiettivi di promozione della salute anche mediante azioni di educazione alla salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, tutela della salute collettiva, prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro; persegue, altresì, obiettivi di prevenzione e controllo della salute degli animali, di miglioramento degli standard sanitari delle produzioni zootecniche e di sicurezza degli alimenti di origine animale, di valorizzazione del rapporto uomo-animale-ambiente, concorrendo in tal modo anche alla tutela della salute della persona.

In particolare, l'Azienda persegue la propria missione attraverso le seguenti azioni:

- agire in coerenza con le leggi nazionali e gli atti di indirizzo ministeriali in materia sanitaria;
- agire in coerenza con la programmazione regionale e/o con gli atti di indirizzo e coordinamento generali emanati dalla Regione Siciliana e nel rispetto dei principi di informazione, concertazione e consultazione previsti dai contratti collettivi di lavoro sanità e dagli accordi collettivi di categoria;
- definire in modo chiaro, condiviso, adeguato ed efficiente gli assetti organizzativi, le responsabilità e i relativi contenuti anche alla luce della legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale" e s.m.i.;

- gestire le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità favorendo la partecipazione degli operatori sanitari e delle persone nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- concorrere, in collaborazione con altri soggetti, istituzionali e no, per la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento;
- definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi previo un continuo monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio e degli utenti;
- modellare la propria attività a criteri di appropriatezza clinica e organizzativa;
- favorire la gestione integrata di attività socio-sanitarie attraverso reti di servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di patologie croniche;
- definire e sviluppare interventi e programmi per la riduzione del rischio clinico;
- promuovere lo sviluppo permanente di attività di formazione e di ricerca, integrate con gli interventi per la promozione della salute, indispensabili per garantire la costante innovazione del sistema.

3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI PALERMO

3.1. - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'ASP di Palermo è delineata nell'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 283 del 02/05/2017 e s.m.i.

L'organizzazione dell'ASP è assicurata da numerose "macrostrutture" direttamente gestite, rappresentate dai Dipartimenti, dai Distretti Sanitari e dai Distretti Ospedalieri articolati in Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici. L'organizzazione prevede macrostrutture sia territoriali che ospedaliere; per quanto riguarda quelle territoriali sono rappresentate dai 10 Distretti Sanitari dal n. 33 al n. 42; per l'area ospedaliera, sono rappresentate dai Distretti Ospedalieri PA1, PA2 e PA3; inoltre, per il raggiungimento della propria *mission*, l'Azienda ha attuato il modello di gestione operativa Dipartimentale articolato in 11 Dipartimenti (strutturali, funzionali, sanitari, amministrativi), come da tabelle di seguito riportate:

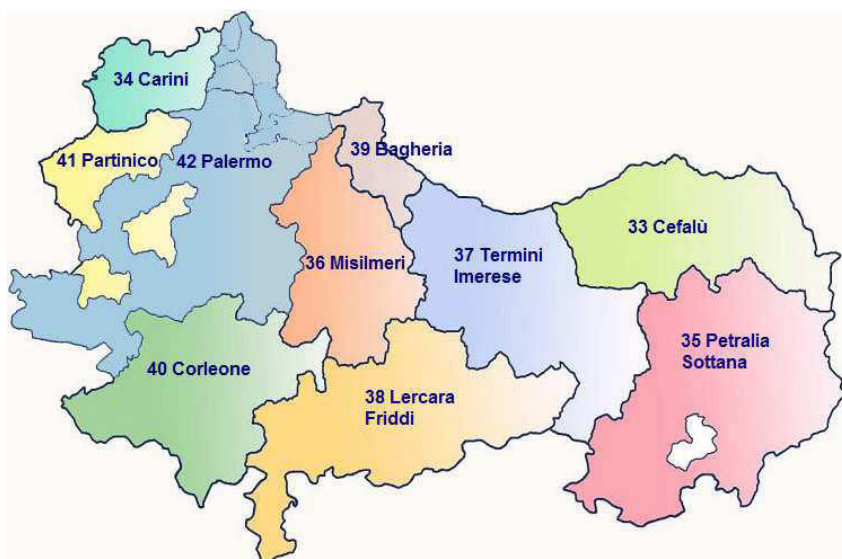
Lo Staff e i Dipartimenti sanitari

	Macrostruttura
	UU.OO. della Direzione Aziendale
Dipartimenti funzionali	
	Dipartimento della Programmazione Sanitaria e dei Controlli
Dipartimenti strutturali	
	Dipartimento di Prevenzione
	Dipartimento di Prevenzione Veterinario
	Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino
	Dipartimento Farmaceutico
	Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio.
	Dipartimento di Diagnostica per Immagini
	Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore.

La rete territoriale: I Distretti Sanitari e i P.T.A.

Macrostruttura	
Distretti Sanitari e i P.T.A	
	Distretto Sanitario n. 33 - Cefalù
	Distretto Sanitario n. 34 - Carini
	Distretto Sanitario n. 35 – Petralia Sottana - P.T.A. Petralia Sottana
	Distretto Sanitario n. 36 - Misilmeri
	Distretto Sanitario n. 37 – Termini Imerese
	Distretto Sanitario n. 38 – Lercara Friddi - P.T.A. Palazzo Adriano
	Distretto Sanitario n. 39 – Bagheria - P.T.A. Bagheria
	Distretto Sanitario n. 40 – Corleone - PTA Corleone
	Distretto Sanitario n. 41 – Partinico
	Distretto Sanitario n. 42 – Palermo - P.T.A. "Centro" (UOC) - P.T.A. "Biondo" (UOC) - P.T.A. "Casa del Sole" (UOC) - P.T.A. "E. Albanese" (UOC) - P.T.A. "Guadagna" (UOC)

I PTA rappresentano il cardine della riqualificazione della offerta sanitaria distrettuale e del rapporto con l'utente, anche in termini di facilitazione dell'accesso amministrativo mediante la presenza presso ogni PTA di un punto unico d'accesso (PUA).



La rete ospedaliera: I Distretti Ospedalieri

	Macrostruttura
Distretti Ospedalieri	
	Distretto Ospedaliero n. 1: - Presidi Ospedalieri "Civico" di Partinico e "dei Bianchi" di Corleone.
	Distretto Ospedaliero n. 2: - Presidi Ospedalieri "S. Cimino" di Termini Imerese e "Madonna SS. Dell'Alto" di Petralia
	Distretto Ospedaliero n. 3 - Presidio Ospedaliero "G.F. Ingrassia" di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre"

I Dipartimenti Amministrativi

	Macrostruttura
Dipartimenti Amministrativi	
	Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali
	Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale. Provveditorato e Tecnico

3.2 - LE RISORSE UMANE

Due componenti fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi aziendali sono la risorsa umana oltre, ovviamente, la risorsa finanziaria.

L'ASP dispone di risorse umane che hanno ruoli e profili professionali diversi: ruolo sanitario, amministrativo, tecnico e professionali distinti in dirigenza e comparto. Anche in quest'ultimo anno si è avuta una sostanziale diminuzione del personale di ruolo aziendale, ben 198 unità in meno, circa il 5%. Complessivamente il personale all'01/01/2018 è di **3.978** unità ed è distribuito per aree nei diversi ruoli: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

La tabella che segue, in sintesi, rappresenta la distribuzione del personale dell'Azienda:

PERSONALE al 1.1.2018

Descrizione	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
Assistenza ospedaliera	1.105	144	73		1.322
Assistenza territoriale	1.273	274	209		1.756
- Distretti sanitari	743	119	199		1.061
- Dipartimento Salute Mentale	530	155	10		695
Dipartim. Prevenzione Medico	236	18	26	4	284
Dipartim. Prevenzione Veterinario	101	5	24		130
Strutture centrali	164	125	158	9	486
Totale	2.879	566	520	13	3.978

n.b.: i Presidi Ospedalieri e i Distretti Sanitari non comprendono il personale delle strutture afferenti ai Dipartimenti strutturali che sono inclusi alla voce "Strutture centrali"

Per ciascun ruolo, inoltre, il personale è suddiviso nelle due fasce: Dirigenza e Comparto.

La tabella successiva ne dà una rappresentazione sintetica.

PERSONALE DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO				
RUOLO	Fascia	Area	Personale	N°
Amministrativo	Comparto			509
	Dirigenza			11
Professionale	Comparto			
	Dirigenza			13
Sanitario	Comparto		Riabilitazione	119
			Vigilanza ed ispezione	116
			Infermieristico	1.265
			Tecnico-sanitario	135
	Dirigenza	Medica		1.062
		Non medica		182
Tecnico	Comparto			549
	Dirigenza			17
Totale				3.978
Comparto				2.693
Dirigenza		Medica		1.062
		SPTA		223
Totale				3.978

Da tale tabella si evidenzia che la Dirigenza è costituita da n. **1.285** unità, pari al **32,3 %** del personale di ruolo, mentre la restante parte del personale, rappresentata dal Comparto, è composta da n. **2.693** unità, pari al **67,7%**.

La Dirigenza, inoltre, è suddivisa in area medica e area non medica (SPTA: Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) nel modo seguente:

- **Dirigenti Medici** : n. 1.062 unità (pari all' 82,6 % della Dirigenza)
- **Dirigenti non Medici** : n. 223 unità (pari al 17,4 % della Dirigenza)

Il personale, escluse le n. 108 unità afferenti alle UU.OO. della Direzione Aziendale, è allocato nei Distretti Ospedalieri, nei Distretti Sanitari e nei Dipartimenti, come rappresentato nelle sottostanti tabelle.

PERSONALE DEI DISTRETTI OSPEDALIERI

Presidio Ospedaliero	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess	Totale
"Nuovo Giglio"/HSR	10	6	3		19

Distretto Ospedaliero PA 1	Civico - Partinico	246	23	15		284
	Dei Bianchi - Corleone	112	17	11		140

Distretto Ospedaliero PA 2	S. Cimino - Termini Imerese	219	32	12		263
	Madonna dell'Alto - Petralia	100	2	9		111

Distretto Ospedaliero PA 3	Ingrassia - Palermo	361	44	16		421
	Villa delle Ginestre - Palermo	57	20	7		84

Totale	1.105	144	73		1.322
---------------	--------------	------------	-----------	--	--------------

PERSONALE DEI DISTRETTI SANITARI

Distretto Sanitario	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
33 Cefalù	30	2	8		40
34 Carini	38	3	8		49
35 Petralia	33	4	4		41
36 Misilmeri	25	6	10		41
37 Termini Imerese	31	3	11		45
38 Lercara Friddi	61	8	19		88
39 Bagheria	45	15	19		79
40 Corleone	22	3	13		38
41 Partinico	30	2	11		43
42 Palermo	428	73	96		597
Totale	743	119	199		1.061

PERSONALE DEI DIPARTIMENTI

	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE	236	18	26	4	284
Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIO	101	5	24		130
Personale del DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE e NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	530	155	10		695
Personale del DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	13	1	2		16
(*) Personale del DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	31	9	9		49
(*) Personale del DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E DEI CONTROLLI	42	4	24		70
(*) Personale del DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	14	2	2		18
(*) Personale del DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	9				9
(*) Personale del DIPARTIMENTO DI ANESTESIA, TERAPIE INTENSIVE E TERAPIE DEL DOLORE					
Personale del DIPARTIMENTO RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI		9	54		63
Personale del DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO- FINANZIARIO, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO	2	90	58	3	153
TOTALE	978	293	209	7	1.487

(*) Il personale delle Unità Operative strutturalmente afferenti al Dipartimento ma allocate nei Distretti Ospedalieri e nei Distretti Sanitari è riportato nelle corrispondenti tabelle.

Nella tabella sottostante si riporta una sintesi delle precedenti tabelle, evidenziando la situazione in atto del personale di ruolo, rispetto alla situazione prevista in Pianta Organica , approvata con delibera n. 459 del 15/06/2016 e s.m.i

RUOLO	Fascia	Personale in servizio	Pianta organica (Delibera 459 del 15/06/2016 e s.m.i.)	Differenza
Amministrativo	Comparto	509	601	92
	Dirigenza	11	25	14
Professionale	Comparto		9	9
	Dirigenza	13	20	7
Sanitario	Comparto	1.635	1.972	337
	Dirigenza	1.244	1.616	372
Tecnico	Comparto	549	835	286
	Dirigenza	17	20	3
	Totale	3.978	5.098	1.120

L'Azienda dispone inoltre di:

- n. 651 unità di personale "contrattista", utilizzato a supporto sia di attività amministrative che tecnico-assistenziali;
- circa n. 200 unità di personale SAS (ex Multiservizi).

Inoltre nei poliambulatori aziendali operano circa n. 200 unità di "specialisti convenzionati interni".

La seguente scheda, infine, sintetizza i risultati dell'analisi quali-quantitativa delle risorse umane; essa si compone di tre parti. Nella prima parte si rilevano i valori degli indicatori quali-quantitativi relativi al personale, nella seconda parte si rilevano gli indicatori di analisi del benessere organizzativo e nella terza parte si rilevano gli indicatori di genere.

RISORSE UMANE: ulteriori analisi quali/quantitative (fonte dati 2017)

ANALISI CARATTERI QUALI/QUANTITATIVI	
età media del personale	52,81
età media dei dirigenti	55,46
tasso di crescita unità di personale	- 0,01%
% dipendenti in possesso di laurea	47,55%
% dirigenti in possesso di laurea	100,00%
turnover del personale	-0,0097%
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO	
tasso di assenze	22,00%
% personale assunto a tempo indeterminato	83,29%
ANALISI DI GENERE	
% di dirigenti donne	44,27%
% di donne rispetto al totale del personale	51,17%
% personale donna assunto a tempo determinato	21,75%
età media del personale femminile	51,95
età media dei dirigenti donne	54,30
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	47,11%

3.3 - LE RISORSE FINANZIARIE

L'Azienda, per poter svolgere le proprie funzioni e per il compimento della propria "missione" dispone di risorse finanziarie ed economiche, indispensabili sia per affrontare i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per sviluppare e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi.

Parte dei finanziamenti deriva dal Fondo Sanitario Nazionale, ma la principale fonte di finanziamento dell'Azienda è rappresentata dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale (Assessorato Regionale per la Salute) sulla base della cosiddetta "quota capitaria".

Si evidenziano di seguito le voci del bilancio preventivo 2018 riportate nello schema ministeriale ex DM 11/02/2002 (modello CE).

<i>BILANCIO PREVENTIVO 2018 - Schema ministeriale ex DM 11/2/2002 (Valori in migliaia di Euro)</i>		Preventivo 2018
A	Valore della Produzione	
1	<i>contributi in c/esercizio</i>	1.849.053
2	<i>Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti</i>	-25.094
	<i>Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti</i>	
3		3.711
	<i>Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</i>	
4		61.835
5	<i>Concorsi, recuperi e rimborsi</i>	39.113
6	<i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)</i>	3.844
7	<i>Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio</i>	11.943
8	<i>Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni</i>	0
9	<i>Altri ricavi e proventi</i>	675
	Totale (A)	1.945.080
B	Costi della Produzione	
1	<i>acquisti di beni</i>	119.822
2	<i>acquisti di servizi</i>	1.523.178
3	<i>Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</i>	13.469
4	<i>godimento di beni di terzi</i>	4.145
5	<i>Personale del ruolo sanitario</i>	225.566
6	<i>Personale del ruolo professionale</i>	1.676
7	<i>personale del ruolo tecnico</i>	24.531
8	<i>personale del ruolo amministrativo</i>	40.688
9	<i>oneri diversi di gestione</i>	3.619
10-13	<i>Totali ammortamenti</i>	13.390
14	<i>svalutazione crediti</i>	0
15	<i>variazione delle rimanenze</i>	4.960
16	<i>accantonamenti dell'esercizio</i>	8.521
	Totale (B)	1.983.565

C	Proventi e oneri finanziari	
1	interessi attivi	61
2	altri proventi	0
3	interessi passivi	175
4	altri oneri	0
	Totale (C)	- 114
D	Rettifiche di valore di attività finanziarie	
1	rivalutazioni	0
2	Svalutazioni ¹	0
	Totale (D)	0
E	Proventi e oneri straordinari	
1	Proventi straordinari	0
2	Oneri straordinari	92
	Totale (E)	-92
	Risultato prima delle imposte (A-B+/-C+/-D+/-E)	- 38.691
	<i>Imposte e tasse</i>	24.028
	Utile o (perdita) dell'esercizio	-62.719

➤ SEZIONE 2 – LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE

4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

4.1. - POPOLAZIONE RESIDENTE NEL TERRITORIO DELL'ASP

La popolazione residente che fa capo all'ASP di Palermo è complessivamente pari a 1.266.758 (dato Istat 1.1.2018) di cui 6.565 residenti nelle isole Pelagie di Lampedusa e Linosa e la rimanente parte, pari a 1.260.193 tutta popolazione residente a Palermo e Provincia, distribuita in 82 Comuni e 10 Distretti Sanitari .

POPOLAZIONE ALL' 01.01.2018 (Fonte: dati ISTAT)

Comuni	Maschi	Femmine	Totale	Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Alia	1.679	1.849	3.528	Isnello	781	764	1.545
Alimena	908	1.047	1.955	Isola delle Femmine	3.644	3.605	7.249
Aliminusa	608	584	1.192	Lascari	1.748	1.871	3.619
Altavilla Milicia	4.172	4.168	8.340	Lercara Friddi	3.197	3.567	6.764
Altofonte	5.019	5.199	10.218	Marineo	3.207	3.334	6.541
Bagheria	26.816	28.231	55.047	Mezzojuso	1.410	1.467	2.877
Balestrate	3.107	3.339	6.446	Misilmeri	14.508	14.868	29.376
Baucina	981	969	1.950	Monreale	19.235	19.812	39.047
Belmonte Mezzagno	5.549	5.690	11.239	Monte Iepre	2.970	3.172	6.142
Bisacquino	2.180	2.297	4.477	Monte maggiore Belsito	1.545	1.702	3.247
Bolognetta	2.065	2.096	4.161	Palazzo Adriano	981	1.091	2.072
Bompietro	625	712	1.337	Palermo	319.315	349.090	668.405
Borgetto	3.713	3.661	7.374	Partinico	15.719	16.067	31.786
Caccamo	4.031	4.108	8.139	Petralia Soprana	1.597	1.645	3.242
Caltavuturo	1.903	2.023	3.926	Petralia Sottana	1.280	1.450	2.730
Campofelice di Fitalia	248	248	496	Piana degli Albanesi	3.146	3.011	6.157
Campofelice di Roccella	3.684	3.832	7.516	Polizzi Generosa	1.546	1.695	3.241
Campofiorito	626	635	1.261	Pollina	1.456	1.494	2.950
Camporeale	1.601	1.637	3.238	Prizzi	2.279	2.437	4.716
Capaci	5.667	5.882	11.549	Rocca mena	704	775	1.479
Carini	19.373	19.563	38.936	Roccapalumba	1.157	1.254	2.411
Castelbuono	4.257	4.431	8.688	San Cipirrello	2.605	2.742	5.347
Casteldaccia	5.741	5.914	11.655	San Giuseppe Jato	4.244	4.390	8.634
Castellana Sicula	1.559	1.728	3.287	San Mauro Castelverde	788	802	1.590
Castronovo di Sicilia	1.452	1.567	3.019	Santa Cristina Gela	511	497	1.008
Cefalà Diana	500	530	1.030	Santa Flavia	5.492	5.720	11.212
Cefalù	6.958	7.340	14.298	Sciarra	1.399	1.414	2.813
Cerda	2.524	2.652	5.176	Sclafani Bagni	205	221	426
Chiusa Sclafani	1.305	1.458	2.763	Termini Imerese	12.678	13.351	26.029
Ciminna	1.779	1.918	3.697	Terrasini	6.167	6.368	12.535
Cinisi	6.052	6.198	12.250	Torretta	2.090	2.173	4.263
Collesano	1.942	2.078	4.020	Trabia	5.296	5.134	10.430
Contessa Entellina	842	865	1.707	Trappeto	1.559	1.582	3.141
Corleone	5.458	5.670	11.128	Ustica	650	657	1.307
Ficarazzi	6.411	6.669	13.080	Valledolmo	1.657	1.843	3.500
Gangi	3.212	3.456	6.668	Ventimiglia di Sicilia	928	962	1.890
Geraci Siculo	882	938	1.820	Vicari	1.274	1.390	2.664

Giardinello	1.148	1.156	2.304	Villabate	9.840	10.211	20.051
Giuliana	937	923	1.860	Villa frati	1.620	1.690	3.310
Godrano	571	588	1.159	Scillato	287	327	614
Gratteri	443	483	926	Blufi	462	511	973
				TOTALE	609.705	650.488	1.260.193

Distribuzione della Popolazione residente al 01.01.2018 per Comuni/Distretti (FONTE: DATI ISTAT)

Distretto 33	Campofelice di Roccella	Castelbuono	Cefalù	Collesano	Gratteri	Isnello	Lascari	Pollina	San Mauro Castelverde	Totale
	7.516	8.688	14.298	4.020	926	1.545	3.619	2.950	1.590	45.152

Distretto 34	Capaci	Carini	Cinisi	Isola delle Femm.	Terrasini	Torretta	Totale
	11.549	38.936	12.250	7.249	12.535	4.263	86.782

Distretto 35	Castellana Sicula	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Gangi	Geraci Siculo	Alimena	Blufi	Bompietro	Polizzi Generosa	Totale
	3.287	3.242	2.730	6.668	1.820	1.955	973	1.337	3.241	25.253

Distretto 36	Baucina	Bolognetta	Campofelice di Fitalia	Cefalà Diana	Ciminna	Godrano	Marineo	Mezzojuso	Misilmeri	Ventimiglia di Sicilia	Villafraati	Totale
	1.950	4.161	496	1.030	3.697	1.159	6.541	2.877	29.376	1.890	3.310	56.487

Distretto 37	Aliminusa	Caccamo	Caltavuturo	Cerda	Montemaggiore Bels.	Sciara	Scillato	Sciafani Bagni	Termini Imerese	Trabia	Totale
	1.192	8.139	3.926	5.176	3.247	2.813	614	426	26.029	10.430	61.992

Distretto 38	Alia	Castronovo di Sicilia	Lercara Friddi	Palazzo Adriano	Prizzi	Roccapalumba	Valledolmo	Vicari	Totale
	3.528	3.019	6.764	2.072	4.716	2.411	3.500	2.664	28.674

Distretto 39	Altavilla Milicia	Bagheria	Casteldaccia	Ficarazzi	Santa Flavia	Totale
	8.340	55.047	11.655	13.080	11.212	99.334

Distretto 40	Bisacquino	Campofiorito	Chiusa Sclafani	Contessa Entellina	Corleone	Giuliana	Roccamena	Totale
	4.477	1.261	2.763	1.707	11.128	1.860	1.479	24.675

Distretto 41	Balestrate	Borgetto	Camporeale	Giardinello	Montelepre	Partinico	San Cipirello	San Giuseppe Jato	Totale
	6.446	7.374	3.238	2.304	6.142	31.786	5.347	8.634	71.271

Distretto 42	Palermo	Altofonte	Belmonte Mezzagno	Monreale	Piana degli Albanesi	Santa Cristina Gela	Trappeto	Ustica	Villabate	Lampedusa e Linosa	Totale
	668.405	10.218	11.239	39.047	6.157	1.008	3.141	1.307	20.051	6.565	767.138

4.2. - ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI ED EPIDEMIOLOGICI DI RIFERIMENTO

Diversi fattori ma soprattutto la disoccupazione e l'invecchiamento della popolazione, si intrecciano inevitabilmente con i bisogni di salute e con la richiesta di servizi socio-sanitari in una logica di integrazione tra Ospedale e Territorio e fra i diversi servizi territoriali. Ecco che attori principali diventano oltre che l'ASP anche gli Enti Locali, il Sistema Formativo ed il Terzo Settore.

Nell'indagine EURISPES Sicilia presentata il 16 maggio 2017 viene fuori una fotografia del Paese quanto mai nitida: una frammentazione sociale che rende ostili e distanti tra loro le aree geografiche e le fasce generazionali e che produce divisioni anche all'interno dei ceti produttivi, le conseguenze di una crisi economica che ha prodotto non solo impoverimento e disoccupazione ma anche una progressiva delegittimazione della politica e quindi delle istituzioni, ritenute inadeguate di fronte alla complessità di fenomeni sociali, dinamiche economiche e cambiamento epocali.

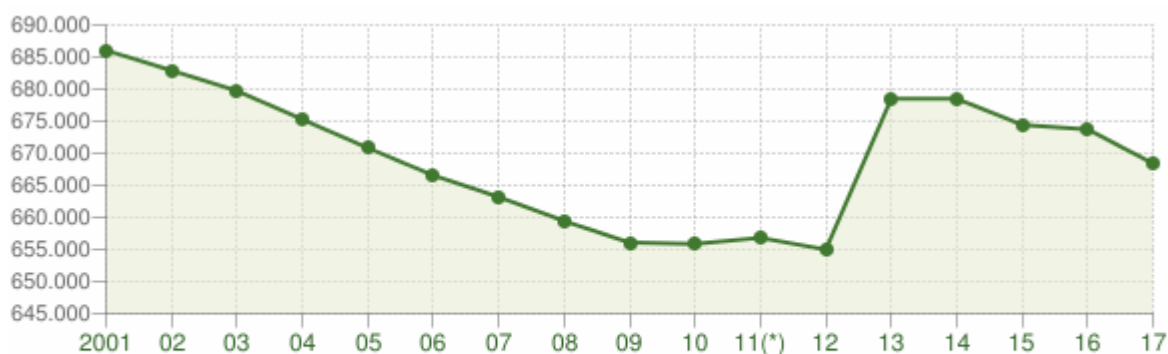
Le rilevazioni e le analisi dell'Eurispes sul Mezzogiorno fanno emergere per il 2017 una particolare condizione di disagio economico soprattutto in Sardegna e in Sicilia e, allo stesso tempo, il perdurare, seppure con intensità minore, del gap delle altre regioni del Sud rispetto al resto dell'Italia. Sono infatti gli abitanti delle Isole a ritenere la situazione economica dell'Italia gravemente peggiorata nel 33,9% dei casi. Segue il dato delle altre regioni del Sud (26,4%) e, successivamente, con valori inferiori, le altre aree geografiche (Nord e Centro). Nelle Isole, in particolare, oltre cinque famiglie su dieci (il 54%) hanno visto diminuire nel corso dell'ultimo anno il proprio potere d'acquisto, ossia la capacità di far fronte alle spese e fare acquisti per mezzo delle proprie entrate. Nel Sud e nelle Isole, più che nelle altre aree regionali, si trova il numero più elevato di cittadini costretti ad utilizzare i propri risparmi per arrivare a fine mese, rispettivamente 59,6% e 44,9%. Sempre in

Sicilia e in Sardegna 4 persone su 10 non riescono a sostenere il costo delle spese mediche né a saldare le rate del mutuo per la propria casa. Non a caso il 33,6% di chi vive al Sud e il 19,7% nelle Isole si sente povero. Inoltre, quando viene chiesto se si è a conoscenza nella propria cerchia familiare o amicale di persone che vivono in stato di indigenza, le percentuali più alte di risposta affermativa continuano a concentrarsi nelle aree meridionali e insulari, al Sud e nelle Isole, dove il 37% e il 26,7%, affermano di conoscere molte persone povere, il 39,6%, e il 40,2%, dichiarano di conoscerne alcune e il 19,1%, e il 24,4% poche; mentre si attestano a quota 4,3% e 8,7% le percentuali di coloro che invece non ne conoscono nessuna. Circa la metà degli abitanti delle Isole conoscono persone che devono rivolgersi alla Caritas, che non possono permettersi un posto dove vivere, non hanno la possibilità di curarsi né di mantenere i propri figli o farli studiare. Otto persone su dieci indicano la perdita del posto di lavoro come causa di questo impoverimento. Il 25,5% di chi vive nelle regioni del Sud e il 12,6% di quanti abitano in Sicilia o Sardegna riferiscono di conoscere persone che sono state costrette a rivolgersi ad un usuraio. Tra le strategie adottate per far fronte alle difficili condizioni economiche soprattutto al Sud (31,5%) e nelle Isole (26%) si è chiesto aiuto e sostegno alle famiglie di origine e non è mancato chi è dovuto tornare a vivere con i propri genitori o con i suoceri per necessità (14,2% nelle Isole; 11,1% al Sud). Sul piano dell'assistenza sanitaria, le testimonianze degli intervistati delineano un'Italia divisa addirittura in tre: al Nord, nonostante i casi problematici, prevale un servizio accettabile, il Centro si colloca in una posizione intermedia, nel Mezzogiorno i disagi sono estremamente frequenti. Le lunghe attese per visite ed esami sono comuni in tutto il Paese, ma se al Nord-Ovest le ha sperimentate il 49,8%, la quota tocca punte del 93,2% al Sud, e del 90% circa nelle Isole. Per gli interventi chirurgici, le attese sono state sperimentate da meno della metà dei residenti di Centro e Nord-Ovest, ma da oltre il 66% al Sud e nelle Isole. Netto il divario relativo alle condizioni delle strutture sanitarie. Le definisce fatiscenti il 18% al Nord-Ovest, il 34,5% al Nord-Est, il 46,6% al Centro, il 60% al Sud, il 69,3% nelle Isole. Una tendenza analoga è stata registrata nelle indicazioni relative a strutture igienicamente non adeguate. Gli errori medici, sperimentati al massimo nel 30% dei casi al Centro-Nord, vengono citati dal 55,3% dei residenti al Sud e dal 40,9% di chi abita nelle Isole. La peggiore offerta di servizi sanitari nelle aree del Mezzogiorno coinvolge anche la disponibilità del personale medico ed infermieristico, insoddisfacente per oltre la metà dei residenti.

Una specifica richiesta di servizi sanitari è data dalla sempre più massiccia presenza di persone provenienti dai Paesi con problematiche di guerre, di difficoltà produttive, di carenza igienico-sanitarie.

Dal punto di vista epidemiologico, le prime due cause di morte in assoluto in entrambi i sessi (seppur a ranghi invertiti), si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore. Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono il diabete e il tumore della mammella, mentre negli uomini si aggiungono i tumori dell'apparato respiratorio, il diabete e le broncopatie.

Una descrizione più dettagliata del contesto socio-demografico e delle cause di morte è riportata nel Piano Aziendale Prevenzione 2016 (adottato con delibera n.489 del 30/06/2016), di cui si riporta lo stralcio in **allegato 1** a presente documento.



Andamento della popolazione residente

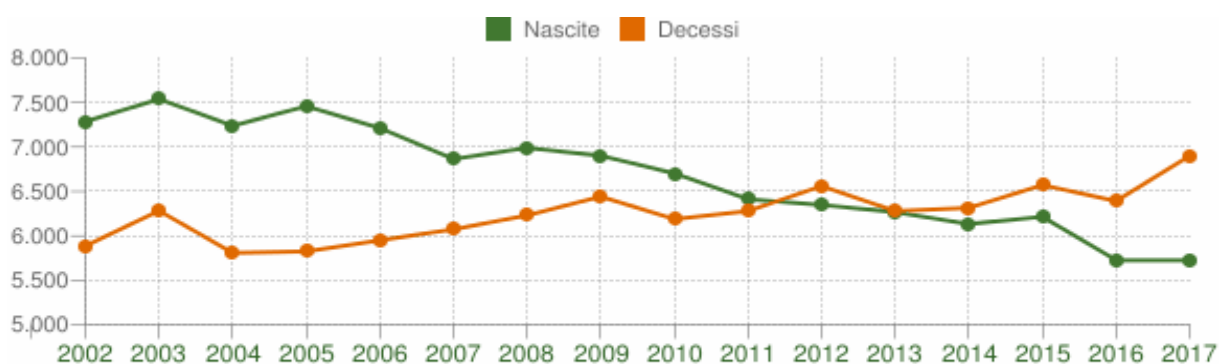
COMUNE DI PALERMO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



Flusso migratorio della popolazione

COMUNE DI PALERMO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT



Movimento naturale della popolazione

COMUNE DI PALERMO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT

4.3. - LA POLITICA SANITARIA IN SICILIA

Per rispondere alle crescenti e mutate esigenze epidemiologiche della popolazione, dovendo comunque sottostare ai vincoli economici imposti – anche a causa del disavanzo maturato dalla Regione nei decenni precedenti – la Regione Siciliana ha intrapreso negli ultimi anni un percorso virtuoso di cambiamento e di risanamento, in coerenza con il variare del contesto normativo nazionale, puntualmente affiancato e verificato dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Il rinnovamento del Sistema Salute della Regione Siciliana ha le proprie fondamenta negli strumenti di legge e di programmazione:

- Il Piano di rientro 2007-2009;
- La Legge 5 del /2009;
- Il Piano sanitario regionale – “Piano della salute 2011-2013”;
- Il Programma operativo 2010-2012;
- Il Programma operativo di consolidamento e sviluppo (POCS) 2013-2015;
- Il Programma operativo di consolidamento e sviluppo (POCS) 2016-2018;
- I Comitati Consultivi Aziendali;
- Il Sistema obiettivi dei Direttori Generali della Aziende Sanitarie.

Il Piano di Rientro

A partire dal disavanzo economico di oltre 800 milioni di euro, è stato sottoscritto con i Ministeri, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 311/2004 e s.m.i., il Piano di Rientro 2007 – 2009.

Tale accordo, introduceva misure orientate alla riduzione dei costi e alla razionalizzazione delle risorse, ponendo contemporaneamente le basi per una rinnovata programmazione in termini di offerta di salute, intervenendo sugli aspetti organizzativi e gestionali.

La Legge 5 del /2009

La Sicilia, nelle fasi conclusive del Piano di rientro, si è dotata della legge di Riforma Sanitaria, l.r.5/2009, per rivedere l'assetto organizzativo del sistema, riequilibrando l'offerta tra la rete ospedaliera e il territorio, aggiustando le modalità di programmazione e introducendo sistemi di governo e di controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse.

La legge di Riforma, si articola infatti lungo alcune principali linee di intervento tra cui il progressivo spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata attraverso l'accorpamento e la rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati; il potenziamento dei servizi e dei posti letto destinati alle attività di riabilitazione, lungo-degenza e post-acuzie; l'introduzione di un sistema di assegnazione delle risorse commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell'operato delle aziende; l'attuazione del principio della responsabilità attraverso un sistema di controlli e verifiche che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell'informatizzazione dei

flussi; una sinergia virtuosa tra l'attribuzione degli obiettivi, l'assegnazione delle risorse e una puntuale verifica dei risultati.

Il Piano sanitario regionale – “Piano della salute 2011-2013”

Come previsto dalla legge. r. 5/2009, all'art. 3, la Regione, nel 2011, si è dotata del nuovo Piano sanitario, strumento fondamentale per riprogrammare l'offerta di Salute, nel rispetto dei LEA.

Il Piano della salute, incentrandosi su alcuni principi di fondo della legge 5/2009, quali l'universalità, il rispetto della libertà di scelta, il pluralismo erogativo e l'equità di accesso a tutti i percorsi di cura per tutti i cittadini, pone l'accento sul recupero dell'appropriatezza e il controllo degli sprechi. Il nuovo Piano colloca il cittadino al centro del sistema assistenziale, diversificando le risposte coerentemente con gli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale.

Il Piano mira, da un lato, alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, con la realizzazione di un sistema di assistenza che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, l'assistenza post-ricovero, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure; dall'altro, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

E' proprio il Piano della Salute che introduce il nuovo modello organizzativo secondo le Reti HUB e SPOKE, quale elemento di innovazione e riqualificazione dell'assistenza che offre ai cittadini utenti un'assistenza capillare e diffusa su tutto il territorio e gli operatori della sanità la possibilità di interagire tra di loro e di condividere obiettivi e progetti collettivi assicurando in maniera integrata la continuità dell'assistenza.

Infatti, attraverso le Reti possono essere offerte risposte alle esigenze di superamento della compartimentazione da cui scaturisce uno degli aspetti più critici dell'assistenza sanitaria, e cioè la frammentarietà.

Il piano ha anche previsto la creazione di un punto unico per bacino territoriale di accesso alla rete dei servizi territoriali, che sia in grado di offrire non solo l'accompagnamento del paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete stessa e la semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni, ma anche una risposta globale che includa la valutazione multidisciplinare dei bisogni e la formulazione di un piano personalizzato di assistenza.

Gli elementi innovativi del Piano sanitario regionale, conformati agli indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale, rappresentano la risposta coraggiosa e coerente per un accettabile riequilibrio tra l'universo dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini e le risorse disponibili intendendo, così, sostenere una sanità non considerabile solo come un costo, ma soprattutto come un investimento diretto al miglioramento della qualità della vita delle persone, a beneficio di tutta la società.

Con il Piano, la Regione assume inoltre l'impegno di accompagnare gli interventi mirati al perseguimento degli obiettivi di salute, attraverso una puntuale verifica e validazione dei risultati via via conseguiti, sia in termini di efficienza ed efficacia che di compatibilità economica.

Il Piano Sanitario prevede che le azioni infatti vengano misurate attraverso sistemi di AUDIT e i Piani Attuativi Aziendali, inserendo questi ultimi negli obiettivi dei Direttori Generali.

Esso rappresenta infatti lo strumento attraverso il quale fornire ai Direttori Generali delle aziende sanitarie del SSR sufficienti elementi per programmare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria secondo obiettivi, criteri, parametri e modelli che consentano una rimodulazione dei rispettivi ambiti gestionali ed organizzativi, puntando alla riqualificazione della rete dell'offerta a partire dal potenziamento del territorio, alla riorganizzazione degli ospedali e all'avvio dell'assistenza sociosanitaria in forma integrata, quale nuova modalità operativa da porre a sistema.

Il Programma operativo 2010-2012

Concluso il triennio del Piano di Rientro, la Regione Siciliana, pur avendo raggiunto – dopo il conferimento del fondo transitorio di accompagnamento – significativi risultati in termini di riequilibrio economico-finanziario, al fine di conseguire il completamento di tutte le azioni previste dal piano, si è avvalsa della facoltà prevista dall'articolo 11, comma 1, del d.l. 78/2010, convertito con la legge 122/2010. Si è potuto così proseguire il piano per un ulteriore triennio con un Programma operativo regionale 2010-2012 per la prosecuzione del piano di rientro 2007-2009 al fine dell'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie già previste dalla legislazione vigente, legate alla piena attuazione dello stesso.

Il Programma operativo (P.O.) è stato definito sulla base dell'analisi critica dei punti di forza e di debolezza che hanno caratterizzato il Piano di rientro, imponendo l'introduzione di ulteriori elementi di ammodernamento e sviluppo del sistema.

Il P.O. prevede infatti da un lato manovre strutturali che, in continuità con quanto già intrapreso, mirano a consolidare il cambiamento del sistema e dall'altro manovre finalizzate a promuovere lo sviluppo del sistema sanitario.

Il Programma operativo di consolidamento e sviluppo (POCS) 2013-2015

Nel 2012 il Legislatore nazionale ha introdotto stringenti disposizioni in tema di spending review e di sostenibilità del Sistema sanitario nazionale imponendo, in un contesto di minus-finanziamento complessivo del sistema di welfare, la definizione di ulteriori misure per adeguare la produzione di salute al nuovo sistema parametrico di finanziamento del SSN basato sui fabbisogni e costi standard, continuando a garantire i livelli essenziali di assistenza e rispettando l'equilibrio economico-finanziario della gestione.

La nuova pianificazione regionale ha inteso quindi a questo punto, fondarsi sul consolidamento dei risultati raggiunti nei due trienni precedenti e rilanciarsi in ulteriori interventi di sistema derivanti dall'obbligo di attuare le nuove disposizioni normative.

Occorrendo, quindi, la necessità di sviluppare ulteriori strategie d'intervento per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario, sono state poste le basi per agire

sull'organizzazione e sull'appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali, anche avvalendosi della partecipazione della società civile.

Con queste motivazioni, la Regione Siciliana ha chiesto di avvalersi della facoltà prevista all'art.15, comma 20, del D.L. n.95/2012, convertito in Legge n.135/2012, in continuità con il Programma operativo 2010-2012 di prosecuzione del Piano di rientro, di operare mediante un nuovo "Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale" per il triennio 2013 – 2015.

Il Programma operativo di consolidamento e sviluppo (POCS) 2016-2018;

Anche per il triennio 2016-2018, la Regione Siciliana ha deciso di avvalersi della facoltà prevista all'art.15, comma 20, del D.L. n.95/2012, convertito in Legge n.135/2012, in continuità con il Programma operativo 2010-2012 di prosecuzione del Piano di rientro, mediante la predisposizione di "Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale", approvato con D.A. n.2135 del 31/10/2017..

I Piani attuativi aziendali

Nelle ultime fasi di attuazione del Programma operativo, l'Assessorato ha adottato nel 2012 precise Linee Guida per la stesura di Piani attuativi aziendali per l'attuazione del Piano sanitario regionale.

I Piani attuativi, previsti dalla Legge 5, rappresentano lo strumento fondamentale per l'applicazione del Piano sanitario, attraverso l'intervento delle aziende sanitarie nei diversi territori della regione.

Il Piano sanitario regionale è attuato quindi nella programmazione sanitaria locale dalle aziende sanitarie attraverso i Piani attuativi aziendali (PAA), anch'essi previsti dalla l.r.5/2009.

Al fine di uniformare e facilitare le azioni aziendali, nel necessario rispetto delle vocazioni delle singole aziende e dei contesti territoriali di riferimento, l'Assessorato della salute, a partire dall'anno 2012, ha avviato con Agenas un progetto di supporto alle Aziende sanitarie, finalizzato alla stesura dei piani triennali e dei rispettivi programmi annuali di attività secondo una logica di project management.

La Regione ha adottato cioè un modello di governance delle azioni aziendali attraverso i Piani attuativi aziendali finalizzato non soltanto alla realizzazione di quanto contenuto nei Piani, ma anche all'aggiornamento dei programmi sanitari stessi, in considerazione delle indicazioni prescritte a livello ministeriale relativamente al nuovo POCS e a seguito di un'accurata analisi del contesto regionale e delle criticità emerse in sede di verifica dei LEA.

I PAA, infatti, vengono rivisti e riconfigurati in modo dinamico in molti ambiti specifici proprio nella misura in cui l'azione sinergica tra l'Assessorato e le aziende sanitarie, a partire dall'esame dei punti critici irrisolti e dagli obiettivi del POCS, determina un aggiornamento complessivo dei Piani aziendali stessi e di conseguenza agendo in senso inverso sulla Programmazione sanitaria.

Il modello dunque, nel rispetto delle azioni previste nel POCS e delle prescrizioni ministeriali in termini di LEA, lascia alle aziende sanitarie uno spazio di espressione mediante proposte di revisione dei Piani coerenti con scelte aziendali e provinciali.

Tale processo di allineamento tra la pianificazione regionale e la programmazione realizzata a livello aziendale, nonché di revisione dei Piani stessi, a partire dalle proposte aziendali fino alla condivisione ragionata con l'Assessorato, è supportato e monitorato mensilmente, attraverso incontri dedicati a ciascuna area provinciale al fine di consentire il rispetto degli interventi deliberati nonché il raccordo tra Assessorato e aziende.

Inoltre il modello prevede, al fine di migliorare il raccordo tra le aziende presenti in uno stesso territorio, che il PAA per le aziende ricadenti nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina, sia unico su base provinciale, cioè comprenda i PAA delle singole aziende sanitarie provinciali ed ospedaliere in una logica unitaria di integrazione ospedale-territorio.

Rispondendo ad una logica di project management a supporto del raccordo tra pianificazione regionale e programmazione aziendale, il Piano attuativo aziendale si qualifica quale strumento di governo degli obiettivi triennali del PSR, annualmente declinati, demandati alle aziende sanitarie. Alla luce di tale impostazione il PAA contiene le principali macro-aree di rilevanza assistenziale ovvero: assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro; assistenza territoriale e continuità assistenziale; assistenza ospedaliera; integrazione socio-sanitaria; salute della donna, del bambino e dell'età giovanile; oncologia; cure palliative e terapia del dolore; cardiologia; neuroscienze; gestione del politraumatizzato; trapianti e piano sangue; salute mentale e dipendenza; qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti; rete formativa, comunicazione e rete civica; partecipazione a programmi di sviluppo e innovazione.

I Comitati Consultivi Aziendali

I Piani attuativi, al fine di facilitare il cambiamento culturale delle logiche di gestione della governance aziendale, contemplano e realizzano una partecipazione attiva dei Comitati consultivi aziendali (CCA), anche questi previsti dalla Legge 5/2009, dalla definizione dei contenuti al raggiungimento dei risultati, caratterizzandosi nel panorama nazionale come una delle prime esperienze di coinvolgimento proattivo e trasversale dei cittadini nella ricerca e realizzazione di quelle sinergie, utili al superamento dei vincoli che la sostenibilità del SSN oggi impone a garanzia della sua universalità.

L'efficacia riferita alla partecipazione dei CCA vede il suo massimo punto di forza in due momenti fondamentali: nella partecipazione attiva alla redazione dei contenuti del PAA e negli incontri di accompagnamento mensile con i gruppi di coordinamento delle Aree Metropolitane (per le quali è previsto un unico Piano attuativo integrato per aziende ospedaliere e ASP) e delle ASP non metropolitane.

Nel complesso, tale esperienza ha permesso di sperimentare e rilevare l'efficacia di un modello di gestione che consente concretamente alla rappresentanza dei cittadini di partecipare non solo come spettatore esterno, ma in qualità di parte attiva al processo di gestione della salute pubblica.

Il Sistema obiettivi dei Direttori Generali della Aziende Sanitarie

Ai sensi dell'art.19 comma 3 della legge regionale 5 del 14 aprile 2009, l'operato dei Direttori Generali delle aziende del SSR è monitorato e valutato durante l'espletamento del mandato e a conclusione di esso secondo quanto previsto dal D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni e dalle norme vigenti nel territorio della Regione.

A tal fine a partire dal 2009, con il supporto di Agenas, l'Assessorato ha deciso di avviare un sistema di valutazione di carattere fortemente operativo.

Annualmente, l'Assessorato della salute definisce in coerenza con la programmazione regionale il set di obiettivi e relativi indicatori individuando per ciascuno di essi un referente interno.

I PAA, rappresentano una congrua parte degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali e sono implementati dalle aziende sanitarie anche in ragione degli obiettivi stessi, assegnati annualmente alle Direzioni aziendali, e degli indirizzi scaturenti dalle innovazioni normative e di pianificazione strategica.

Con tali premesse, il sistema obiettivi, oltre che rafforzare e dare continuità alle linee programmatiche perseguite negli anni precedenti, si dimensiona coerentemente con quanto presente nel POCS e nelle revisioni del Piano sanitario regionale.

5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

5.1 - ALCUNI ASPETTI PECULIARI

Potenziamento del territorio

Con l'art. 12 comma 8 della L.R. n. 5/2009 viene introdotto il PTA (Presidio Territoriale di Assistenza), rimodulando così le strutture distrettuali al fine di andare incontro ulteriormente alle esigenze sanitarie del cittadino-utente. Lo scopo della creazione dei PTA è stato principalmente quello di un decongestionamento delle strutture ospedaliere in particolar modo dei pronto soccorso, ed anche quello di avere una maggiore attività di prevenzione per evitare le ospedalizzazioni.

Nei PTA già attivi sono potenziati i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, all'assistenza domiciliare, all'assistenza preventiva e consultoriale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, ed inoltre al loro interno sono implementati anche i Punti Unici di Accesso (PUA) alle cure domiciliari, oltre che i PPI (Punti di Primo Intervento).

Con il Decreto Assessoriale n.1325 del 2010, inoltre, è stata definita la programmazione complessiva della rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) che ha previsto per la nostra Azienda un fabbisogno di 587 posti di RSA.

Si tende così ad incrementare questo tipo di assistenza alle persone particolarmente "fragili", non autosufficienti e non assistibili a domicilio che non necessitano, allo stesso tempo, di un ricovero in strutture ospedaliere.

L'ASP di Palermo ha previsto strutture a gestione diretta e quelle accreditate e convenzionate.

Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

Sempre per far fronte alle esigenze dei soggetti cosiddetti "fragili", l'Azienda assicura l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.).

Questo tipo di assistenza prevede una presa in carico globale della persona sia sotto il profilo sanitario che sociale consentendole di rimanere il più a lungo possibile nell'ambito del proprio nucleo familiare.

Con la Legge n.5/2009 si è sempre più acuito il bisogno alle cure domiciliari per il trattamento delle patologie croniche e/o invalidanti, riservando alla struttura ospedaliera il trattamento delle acuzie.

Quindi si continua a supportare questa forma di assistenza sia in termini di risorse umane che organizzative, ricorrendo a diverse forme di intervento: ADI interna, ADI esterna e ADI mista.

Screening oncologici

Anche per quanto riguarda la prevenzione dei tumori si è potenziato ciò che già è stato fatto durante gli anni precedenti incrementando l'attività di screening oncologici per individuare tempestivamente i soggetti affetti da tumore.

Le attività di "ASP in Piazza", inserite a pieno titolo nell'ambito del marketing sociale condotto dall'Azienda, fra l'altro hanno contribuito ad avvicinare il cittadino verso i programmi di prevenzione oncologica che permettono di conoscere, in fase iniziale, una patologia seria ed alle volte invalidante quale il tumore alla mammella, al colon-retto e all'utero.

Promozione della Salute degli Immigrati

La nostra Azienda ha continuato ad assicurare la sempre crescente domanda di salute da parte di persone straniere. Quindi è stata potenziata l'assistenza medica per adulti e bambini con visite specialistiche di vario genere, facendo particolare attenzione all'educazione alimentare, all'educazione sessuale con ricorso alla contraccezione, alla procreazione responsabile, alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.

Rimodulazione rete ospedaliera

La rimodulazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera dell'ASP si è completata con l'adozione della deliberazione n.283 del 02/05/2017 e s.m.i. di adeguamento dell'Atto Aziendale al documento di riordino della rete ospedaliera regionale di cui al D.A. Salute n.629 del 31/03/2017. L'effettiva attivazione è tuttavia vincolata alla revisione della rete ospedaliera da parte del nuovo Governo Regionale che ha annunciato la prossima pubblicazione di un ulteriore D.A. di recepimento delle osservazioni ministeriali.

Il suddetto D.A. mira ad orientare le scelte programmatiche a livello regionale e aziendale, anche al fine di riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso di assicurare un più adeguato controllo della spesa, divenendo quindi uno strumento programmatico dinamico che possa rispondere agli intervenuti bisogni di salute.

Il D.A. procede alla classificazione delle strutture ospedaliere, secondo il modello "Hub" e "Spoke", in livelli di complessità crescente - previsti dal D.M. n. 70/2015 - individuando i presidi ospedalieri di base, i Dipartimenti di emergenza urgenza e di accettazione (DEA) di primo e di secondo livello nonché i presidi ospedalieri di zone disagiate eliminando le discipline duplicate nei singoli presidi/stabilimenti.

In particolare, nell'ASP di Palermo sono individuati un centro Spoke / DEA di 1° livello (P.O. G.F. Ingrassia e Villa delle Ginestre di Palermo), n.2 presidi ospedalieri di base (P.O. "Civico" di Partinico e P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese) e n. 2 presidi ospedalieri di zone disagiate (P.O. "Dei Bianchi" di Corleone e P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana).

Per quanto attiene la riduzione dell'attività di ricovero inappropriata, l'ASP ha proseguito nell'implementazione delle misure volte al trasferimento dal regime di ricovero a quello ambulatoriale di prestazioni ad alto rischio di

non appropriatezza, in linea con quanto previsto nel “Patto per la salute”, che vede impegnato in prima linea il Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere.

Riordino del sistema emergenza urgenza

Lo scopo principale è quello di garantire interventi tempestivi, oltre che qualificati, in tutti quei casi in cui è necessario salvaguardare, nel più breve tempo possibile, le funzioni vitali compromesse dell’utente ed assicurare il trasporto rapido e protetto nel punto della rete ospedaliera o territoriale più idonea.

La legge di riforma ha stabilito i termini della riorganizzazione strutturale della rete dell’emergenza-urgenza sanitaria. L’articolazione strutturale ed organizzativa è stata individuata in quattro centrali operative di cui una ubicata a Palermo, (le altre a Catania, Messina e Caltanissetta), che coordinano il servizio attraverso nove unità periferiche (una per provincia) e le modalità di affidamento delle attività di trasporto anche tramite un organismo a totale partecipazione pubblica tra la Regione e tutte le Aziende sanitarie. Gli elementi di innovazione del sistema riguardano principalmente la riprogrammazione delle modalità organizzative di trasporto terrestre e la ridefinizione della rete ospedaliera dell’emergenza.

Il D.A. n.629 del 31/03/2017 di riordino della rete ospedaliera regionale vede la Rete dell’Emergenza e Urgenza essere allo stesso tempo spina dorsale e punto di partenza per la riclassificazione degli ospedali e la costituzione della nuova rete ospedaliera.

La gestione appropriata dell'emergenza assume quindi un ruolo di primaria importanza per l'intero sistema, sia consentendo la presa in carico del paziente in pericolo di vita nei tempi adeguati, sia attivando un sistema capillare in grado di effettuare una prima diagnosi trasportando il paziente nel centro ospedaliero più idoneo al fine di sottoporlo ad appropriati accertamenti diagnostici e interventi terapeutici.

L’area dell’emergenza – urgenza è gestita dai nostri Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri, dai Presidi Territoriali di Assistenza e dai Punti di Primo Intervento oltre che dalle Guardie Mediche, ed infine dal Dipartimento di Salute mentale con i suoi Moduli.

Prevenzione e promozione alla salute

L’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo è impegnata nell’affermare una cultura della Prevenzione e della Promozione della Salute tramite azioni, interventi e progetti che coinvolgono il territorio di competenza nonché tutte le interfacce istituzionali e i principali *stakeholders*.

Il quadro regionale di riferimento può essere sintetizzato nei seguenti presupposti normativi e di indirizzo:

1. Legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5 “*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale*” che individua la programmazione quale strumento fondamentale delle ASP per la realizzazione degli interventi territoriali di prevenzione e promozione della salute;
2. Patto per la Salute 2010-2012 che ha fissato, tra gli altri, specifici obiettivi finalizzati all'educazione e alla promozione della salute e che, coerentemente a tali indirizzi, il Piano Regionale della Salute 2011/2013, al

punto 2, ha posto quale obiettivo strategico l'allineamento dei risultati regionali in materia di Prevenzione e Promozione della Salute con i risultati delle altre regioni;

3. D.A. n.300/2012 che, al fine di uniformare il sistema di programmazione, attuazione e monitoraggio degli interventi di educazione e promozione della salute, ha disposto l'attivazione dei Piani Aziendali per l'Educazione e la Promozione della Salute delle Aziende Sanitarie Provinciali, delle Aziende Ospedaliere e delle AA.OO. Universitarie;
4. D.A. n. 2198 del 18 dicembre 2014 l'Assessorato Regionale della Salute che ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014/2018 e ha assegnato ai diversi Servizi del Dipartimento ASOE il compito di sviluppare, nell'ambito degli obiettivi centrali fissati, le singole linee operative secondo il quadro logico stabilito dallo stesso PNP;
5. D.A. n. 351 dell' 8 marzo 2016 con cui l'Assessorato Regionale della Salute ha approvato la rimodulazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014/2018.

Pertanto questa Azienda, in armonia con la normativa e i documenti di indirizzo nazionali e regionali, ha attuato le seguenti pianificazioni strategiche di rilevanza provinciale:

- a) i *Piani Attuativi Aziendali (PAA)* per gli anni 2014 e 2015 che hanno visto impegnato il Dipartimento di Prevenzione nel coordinamento e monitoraggio del Capitolo 1 dei PAA;
- b) i *Piani Aziendali per l'Educazione e la Promozione della Salute* degli anni 2014 e 2015 predisposti di concerto con le Aziende Ospedaliere Metropolitane che attraverso il coinvolgimento delle articolazioni dei Dipartimenti aziendali e della rete delle U.O. di Educazione e Promozione della Salute Aziendale e Distrettuali hanno permesso il consolidamento del sistema aziendale a supporto delle iniziative di prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute.

Il Dipartimento di Prevenzione, in continuità con il lavoro connesso alla pianificazione strategica aziendale e in stretto raccordo operativo con l'Unità Operativa di Educazione e Promozione della Salute Aziendale (UOEPSA), ha avviato un confronto e un coordinamento con tutte le articolazioni aziendali coinvolte nella pianificazione strategica legata all'ambito della prevenzione e della promozione della salute. A rafforzare tale lavoro aziendale e interaziendale (in riferimento alle AA.OO. metropolitane) sono stati individuati dei Referenti per i Dipartimenti e per le Strutture aziendali coinvolte, nonché la rete dei Referenti territoriali Responsabili delle UU.OO.SS. di Educazione e Promozione della Salute e della stessa UOEPSA.

La rete aziendale e inter-aziendale così costituita, sulla base degli indirizzi strategici della Direzione Sanitaria e le indicazioni del Servizio 2 del DASOE, ha contribuito alla predisposizione di un primo documento (Delibera D.G. N.309 del 28/04/2016) - "*Piano Aziendale della Prevenzione 2016 - Quadro Logico Aziendale*", nel quale, sulla scorta del Quadro Logico Regionale stabilito dal D.A. 351/2016, sono state esplicitate le principali "*Azioni/Interventi Aziendali*", individuati i Responsabili Aziendali per ciascuna Azione/Intervento e la "*UOC/Servizio Aziendale competente*".

Inoltre, le Aziende Ospedaliere dell'area Metropolitana (ARNAS, Ospedali Riuniti "Villa Sofia-Cervello, AOU Policlinico) e l'ASP di Palermo, hanno condiviso il quadro logico del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP 2016) tracciandone gli indirizzi operativi.

I Referenti per i PAP delle Aziende Ospedaliere dell'Area Metropolitana di Palermo hanno individuato e condiviso, in un piano comune, le principali Azioni da sviluppare all'interno della propria programmazione aziendale, al fine di rendere armonici e coerenti le singole programmazioni con il Piano Aziendale della Prevenzione. In particolare, tale pianificazione prevede l'avvio di interventi riferiti ai Macro Obiettivi Regionali del PRP : 1 - 2 - 3 - 6 - 7 e 8.

Con il Piano Aziendale di Prevenzione 2016 (PAP 2016 – Delibera D.G. 489 del 30 Giugno 2016) si è definita la fase di programmazione operativa per la realizzazione degli interventi di PRP nell'anno 2016, secondo la metodologia e gli indirizzi specificati nell'Allegato 2 al D.A. n. 351/2016 sopraccitato. Il PAP 2016 rappresenta uno strumento flessibile e strategico di programmazione e monitoraggio che, di fatto, avrà ricadute operative per la programmazione 2016/2018.

AZIONI DI SISTEMA A SUPPORTO DEGLI OBIETTIVI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Già nella fase di programmazione 2016, in continuità con gli interventi previsti dai piani di promozione della salute ai sensi del D.A.300/2012, si è definita una rete di referenti/responsabili a presidio degli obiettivi di promozione della salute coordinata dall'UOEPSA. Ogni referente, inoltre, ha costituito gruppi di lavoro multidisciplinari, interdipartimentali e, spesso, interistituzionali che hanno lavorato con un approccio partecipativo e tenendo in considerazione le questioni connesse alle diseguaglianze. Tale rete vede tutte le articolazioni aziendali coinvolte (SIAN, SPRESAL, Dipartimento Salute mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute della Donna e del Bambino, Staff Strategico e referenti distrettuali per l'Educazione e Promozione della Salute). A questi stessi Responsabili/Referenti, nell'ambito di progetti obiettivi di PSN, di livello aziendale e regionale, sarà destinato uno specifico percorso formativo per potenziare la capacità di intervento di questa rete aziendale.

Inoltre, è stato avviato un percorso di coinvolgimento attivo di 65 associazioni *no profit* (oltre i partner associati) che, di seguito ad apposito Avviso Pubblico, hanno dato vita all'Elenco Aziendale delle Associazioni *no profit* interessate a cooperare e supportare, a titolo gratuito, gli obiettivi di promozione della salute di PRP. Il percorso, nella formula della *Consensus Conference*, di fatto è iniziato il 14/06/2016 con una prima riunione in plenaria in cui si sono condivise la programmazione di massima derivata dal Piano Regionale di Prevenzione e le tappe fondamentali che porteranno alla co-progettazione di interventi e alla loro realizzazione entro l'anno in corso. Il processo partecipativo, attualmente in corso, vedrà la condivisione delle esperienze realizzate, dei risultati ottenuti e della loro valorizzazione nella programmazione 2018/2019. Inoltre, nella ricerca di partner del terzo settore per la realizzazione di interventi specifici di prevenzione e promozione della salute si è avviata una procedura aziendale, tramite Avviso Pubblico, in accordo con le *Linee di Indirizzo ANAC* (Paragrafo 5 *La co-progettazione* - Delibera ANAC N.32/2016)

In atto, su indicazione dell'Osservatorio Regionale della Salute – DASOE, si sta provvedendo a rimodulare gli obiettivi del Piano Aziendale per allinearli ai nuovi indicatori centrali regionali.

5.2 - ANALISI SWOT

Si presenta di seguito un'analisi SWOT connessa allo scenario di contesto, esterno ed interno, ove vengono evidenziati i punti di forza e i punti di debolezza che hanno caratterizzato le condizioni in cui questa Azienda ha operato nel periodo corrente:

ANALISI SWOT

<p style="text-align: center;"><u>PUNTI DI FORZA (Strength)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sempre maggiore integrazione socio – sanitaria • Crescente integrazione tra Ospedale e Territorio. • Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa con risparmi ed economie. • Sburocraizzazione con il potenziamento del “Medico on line”, il “MyVue”, l’“esenzione con un click” e “SmarTurno”. • Promozione della salute degli immigrati con la creazione di nuove specialità c/o gli ambulatori delle isole minori. • Potenziamento delle RSA per pazienti “fragili”. • Attivazione di punti di eccellenza per l’attività di screening oncologici in particolare per la mammella, l’utero e il colon-retto. • Avvio integrazione e potenziamento della rete informatizzata aziendale a seguito aggiudicazione gara d’appalto per individuazione di una software house aziendale. • Programmazione e potenziamento degli interventi di Promozione della Salute e di Prevenzione • Crescente sinergia tra interventi formativi e livelli operativi di intervento 	<p style="text-align: center;"><u>PUNTI DI DEBOLEZZA (Weakness)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio. • Notevole riduzione del personale, non sostituito, e blocco delle assunzioni • Riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane. • Risorse umane non stabilizzate e con contratti a termine. • Alta spesa per l’assistenza farmaceutica convenzionata. • Presenza di alcuni indicatori di salute negativi. • Impossibilità di nominare i Responsabili delle struttura attualmente vacanti e previsti dall’Atto Aziendale a causa del perdurare del blocco delle assunzioni • Nuova dotazione organica sottodimensionata rispetto alle effettive necessità dei servizi territoriali. • Sistema informatico nuovo in fase di implementazione in azienda con conseguenti problematiche di change management (resistenza al cambiamento) su nuove metodologie e nuove procedure informatizzate
<p style="text-align: center;"><u>OPPORTUNITA' ESTERNE (Opportunities)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Legislazione Regionale centrata sulla riorganizzazione ed integrazione Ospedale/Territorio (L.R. 5/09 e indicazioni e Linee Guida di riferimento). • Piano Nazionale di Prevenzione e D.A. n. 351 dell' 8 marzo 2016 con cui l'Assessorato Regionale della Salute ha approvato la rimodulazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014/2018 • Sviluppo di nuove tecnologie di informazione. • Programmi ministeriali e regionali per lo sviluppo dei processi di <i>governance</i>, dei sistemi operativi organizzativo-gestionali e per il monitoraggio e il controllo dell’efficienza ed efficacia dei servizi. • Fondi e opportunità finanziarie finalizzati per l’attuazione di progetti specifici per target critici. • Convenzione / protocollo di intesa fra ASP e ONLUS convenzionate per il soddisfacimento di bisogni di salute della popolazione. Collaborazione, a titolo gratuito, con Enti no-profit (Elenco Aziendale a supporto di obiettivi del Piano Aziendale di Prevenzione) • Adozione da parte della Regione della riorganizzazione della rete ospedaliera e del nuovo Piano socio-sanitario 	<p style="text-align: center;"><u>EVENTI/MINACCE ESTERNE (Threats)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento progressivo della popolazione anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo). • Perdurare degli sbarchi di migranti in Sicilia. • Stato di indigenza e di forte disagio sociale di parte della popolazione. • Blocco delle assunzioni con conseguente mancata attivazione della nuova organizzazione • Difficoltà per i medici prescrittori ad operare ulteriori restrizioni sulle prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche. • Carente integrazione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali e degli attori del terzo settore operanti nel territorio.

Gli elementi dell'analisi SWOT sopra rappresentati, cioè i punti di forza, di debolezza, opportunità e minacce, devono essere valutati nella loro integrità e non considerati separatamente; occorre avere un "quadro generale" della reale situazione per poter decidere e orientare al meglio le azioni dell'Azienda al fine di raggiungere gli obiettivi fissati eliminando le difficoltà che possano impedire, nella fattispecie, il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione.

Dall'analisi SWOT si evidenziano caratteristiche di particolare complessità per il momento "storico" e congiunturale che l'ASP di Palermo e la Sanità siciliana stanno attraversando e che richiede a tutti gli operatori un impegno sempre maggiore per poter raggiungere le performance attese.

6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE)

Il sistema di valutazione della performance è quello previsto dal decreto “Brunetta” (D.Lgs.n.150/2009 come modificato dal D.Lgs. n.74 del 25/05/2017) e dalle “Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R.” (D.A. n.1821 del 26/09/2011) che prevedono la valutazione della “performance organizzativa” conseguita dalle strutture e della “performance individuale” collegata al personale del comparto e della dirigenza e la correlazione tra risultati e riconoscimento economico.

Le indicazioni contenute nella normativa, nelle disposizioni assessoriali nonché nei regolamenti interni in materia e nelle circolari costituiscono il sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance di cui si è data ampia informazione a tutto il personale.

Il sistema fa riferimento ad alcuni capisaldi del ciclo della performance, che trovano concretezza negli strumenti utilizzati, fermo restando la flessibilità dello strumento stesso:

1. Differenziazione del merito/Premialità
2. Corrispondenza tra performance e premio
3. Assegnazione di obiettivi a cascata
4. Adozione di criteri di valutazione individuale distinti per i Direttori di macrostruttura e di UOC, Dirigenti responsabili di UOS e professional, personale del comparto.

Sulla base della programmazione annuale degli obiettivi di performance organizzativa esplicitati nel Piano della Performance, si procede alla distribuzione delle schede degli obiettivi aziendali alle macrostrutture e alle unità operative complesse, corrispondenti alla performance organizzativa, oggetto di valutazione di prima istanza da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione; a queste segue, a cascata, l’assegnazione degli obiettivi annuali individuali a tutto il personale. Il criterio della differenziazione si mantiene attraverso la diversificazione di fasce di merito secondo il punteggio attribuito attraverso una scheda di valutazione individuale così come applicato negli anni precedenti. Già dal 2011, infatti, si sono distinte due fasce di merito di cui una “media” cui accedono tutti coloro che partecipano al sistema premiante (ove raggiungano un valore minimo di performance individuale), proporzionalmente al grado di raggiungimento della performance organizzativa della struttura cui afferiscono, e una fascia “alta” cui accedono coloro che hanno un punteggio individuale elevato.

Per quanto riguarda le schede di valutazione individuale, i criteri sono distinti per i Direttori di macrostruttura e di UOC, i Dirigenti responsabili di UOS e Professional, e il Personale del Comparto. Le schede sono riportate nell’allegato 2 al presente Piano.

In particolare, per i Direttori di macrostruttura, così come previsto dalla normativa, i criteri di valutazione del top management riguardano aree più ampie rispetto alla performance della struttura stessa e comprendono anche gli aspetti comportamentali e gestionali, le competenze professionali e organizzative, nonché le specifiche competenze manageriali, ivi compresa la capacità di gestione del processo di valutazione.

Pertanto, sulla base della consegna degli obiettivi annuali, il Direttore Amministrativo Aziendale e il Direttore Sanitario Aziendale – rispettivamente per i Direttori dell'area amministrativa e dell'area sanitaria - effettuano le loro valutazioni annuali di prima istanza della performance individuale dei Direttori delle macrostrutture. Tali valutazioni confluiscono nelle valutazioni per il rinnovo dei contratti individuali, cui contribuiscono in modo sostanziale. Il restante personale viene valutato, in prima istanza, per la performance individuale dal Direttore/Responsabile della struttura cui afferisce.

L'OIV, infine, effettua la valutazione annuale di seconda istanza della performance individuale di tutto il personale dell'Azienda (dirigenza e comparto).

7. GLI OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI

Il decreto legislativo del 25 maggio 2017, n. 74, ha introdotto una nuova articolazione degli obiettivi prevedendo la definizione di obiettivi specifici, programmati dalle singole amministrazioni su base triennale.

Gli obiettivi specifici sono definiti da ciascuna amministrazione nel proprio Piano, in base alle priorità politiche e al quadro di riferimento nel quale l'amministrazione è chiamata ad agire nel triennio e nell'annualità successiva. Gli obiettivi sono corredati da indicatori e target che ne garantiscano la misurabilità.

L'ASP di Palermo per il triennio 2019-2021 definisce gli obiettivi specifici con riferimento:

✓ al Sistema di Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi per il periodo 2019-2020 (elaborati dall'AGENAS) e assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute al Direttore Generale (ALLEGATO 3);

✓ agli obiettivi contrattuali generali assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute al Direttore Generale;

Gli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi, assegnati per il biennio 2019 - 2020 fanno riferimento ai seguenti ambiti:

1. Screening
2. Esiti
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento
6. Donazione organi
7. Prescrizione in modalità dematerializzata
8. Fascicolo Sanitario Elettronico
9. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)
10. *Piani di efficientamento e riqualificazione (non assegnato all'ASP)*
11. Piani Attuativi Aziendali (P.A.A.) per le seguenti aree:
 - 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
 - 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
- 3. AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
 - 3.1. Cronicità
 - 3.2 Fragilità
 - 3.3. Disabilità e non autosufficienza
 - 3.4 Privacy

Gli obiettivi contrattuali generali riguardano:

- Equilibrio di bilancio
- Tempi di attesa
- Contenimento spesa personale
- Contenimento spesa beni e servizi
- Utilizzo somme DA n.2726/201 e DA n.1839/2018
- Contenimento della spesa farmaceutica
- Flussi informativi
- Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
- Libera professione intramuraria

Di seguito si riporta una disamina degli ambiti suddetti con individuazione dei sub-obiettivi, indicatori, valore base-line e target per il triennio. In allegato 4 è riportato il documento di assegnazione degli obiettivi specifici alle strutture aziendali, mentre in allegato 5 sono riportati tutti gli obiettivi specifici triennali con l'indicazione delle strutture assegnatarie.

Obiettivo 1 SCREENING

Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.

Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).

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.

Per calcolare la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle ASP sarà utilizzato l'indicatore della griglia LEA «n. di test eseguiti/popolazione target», che tiene conto sia dell'estensione che dell'adesione.

Con la Circolare Assessoriale n. 5 del 16.3.2016, pubblicata sulla GURS n. 14 dell'1.4.2016, e con la Circolare Assessoriale n. 18 del 4.10.2018, pubblicata sulla GURS n. 45 del 19.10.2018, sono state sottolineate le azioni necessarie ad ottenere il potenziamento degli screening oncologici, in accordo al Piano Regionale della Prevenzione.

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP	Relazione sulla effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP		SI		
Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	N. di soggetti invitati / popolazione target	120.654/117.494 >100%	100%	100%	100%
Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	19.561/117.056 16,7%	>=50%	>=50%	>=50%
Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	N. di soggetti invitati / popolazione target	70.025/87.135 80,4%	100%	100%	100%
Adesione del programma di screening del tumore della mammella	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	25.976/87.135 29,8%	>=60%	>=60%	>=60%
Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	N. di soggetti invitati / popolazione target	177.941/166.253 >100%	100%	100%	100%
Adesione del programma di screening del colon retto	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	23.498/173.940 13,5%	>=50%	>=50%	>=50%
Coinvolgimento e collaborazione dei MMG	N. di MMG coinvolti / N. MMG	1.070/1.070 100%	>= 60%	>= 60%	>= 60%
Aggiornamento banca dati anagrafica	Banca dati aggiornata		Sì	Sì	Sì
Presenza PDTA per ogni screening	Esistenza di PDTA per lo Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina		Sì	Sì	Sì
Utilizzo HPV-DNA come test primario	N. donne screenate con HPV-DNA / N. totale donne di età 34-64 anni aderenti allo screening oncologico relativo al ca della cervice uterina		100%	100%	100%

Obiettivo 2 ESITI

L'obiettivo si riferisce ai quattro sub obiettivi sottoelencati e agli indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE):

2.1 Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni.

le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico con la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.

2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate.

La Regione Siciliana è riuscita nell'ultimo quinquennio a ridurre significativamente il ricorso alla procedura di taglio cesareo al fine di rendere sempre più appropriata e allineata a parametri e evidenze nazionali e internazionali la pratica clinica di assistenza riferita al momento del parto

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.

La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio.

2.4 Colectomia laparoscopica: proporzione di colecistomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.

La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto.

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;	N. Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / N. totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	66,95%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)

Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;	N. Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	26,45%	<=15%(fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<=15%(fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<=15%(fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)
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;	N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / N. totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	89,13%	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	85,29%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)

Obiettivo 3 LISTE D'ATTESA – MONITORAGGIO E GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA

Attraverso questo obiettivo si effettua il monitoraggio della garanzia dei tempi di attesa e degli interventi attuati nell'ambito Programma Attuativo Aziendale.

Nel PRGLA saranno considerati i seguenti monitoraggi:

- ✓ Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali;
- ✓ Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali;
- ✓ Monitoraggio ex post delle attività di ricovero;
- ✓ Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- ✓ Monitoraggio della presenza sul sito dell'Azienda di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- ✓ Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP;
- ✓ Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda. Il modello RAO: i) prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; ii) indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" già condiviso dalla Regione Siciliana.

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	SI	SI	SI	SI
Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	SI	SI	SI	SI
Monitoraggio ex post delle attività di ricovero	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	SI	SI	SI	SI
Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	SI	SI	SI	SI
Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	SI	SI	SI	SI
Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta		SI	SI	SI
Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda	Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta		SI	SI	SI

Obiettivo 4 RISPETTO DEGLI STANDARD DI SICUREZZA DEI PUNTI NASCITA

L'obiettivo viene declinato in due sub obiettivi:

- ✓ Punti nascita
- ✓ Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali

Punti nascita

Al fine di incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita, è stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti

nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato – Regioni.

L'ASP dovrà garantire il raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist.

Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali

Al fine di monitorare le modalità organizzative predisposte per migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e di 2° livello (come previsto dal Accordo CSR 16/12/2010, recepito dal DA 2/12/2011 e s.m.i.) sono stati previsti indicatori di monitoraggio dedicati, differenziando i punti nascita senza UTIN da quelli con UTIN.

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Punti nascita	Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist		100% 100% = ragg. ob. 100% 950% = ragg. ob. 90% 85% = ragg. ob. 75%	100% 100% = ragg. ob. 100% 950% = ragg. ob. 90% 85% = ragg. ob. 75%	100% 100% = ragg. ob. 100% 950% = ragg. ob. 90% 85% = ragg. ob. 75%
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali 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)	0	0	0	0
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (senza TIN)	4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita		< 8%	< 8%	< 8%
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali 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		SI	SI	SI
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (con TIN)	4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale	0%	< 5%	< 5%	< 5%

Obiettivo 5 PRONTO SOCCORSO – GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

L'obiettivo principale delle linee di indirizzo è quello di contrastare il sovraffollamento attraverso il monitoraggio continuo, l'analisi delle criticità e l'attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (Non sovraffollamento, Sovraffollamento, Sovraffollamento severo) attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento.

Con Direttiva Assessoriale n. 9348/19 dell'Assessorato della Salute è stata richiamata l'attenzione delle Direzioni strategiche aziendali al problema del sovraffollamento dei PS e alla effettiva attuazione delle suddette linee di

indirizzo, che rivestono carattere di assoluta priorità per il S.S.R., garantendo in modo sistematico le seguenti attività:

- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento;
- l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;
- l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento.

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0,66	>= 70% o >= 50%	>= 70% o >= 50%	raggiungimento dello standard efficienza operativa ≤ 0,05
Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo) Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ; Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori	Attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019)		Sì	Sì	Sì

Obiettivo 6 DONAZIONE ORGANI

Nell'anno 2018 la donazione d'organi e tessuti in Sicilia ha subito un notevole decremento rispetto ai traguardi raggiunti nell'anno 2017. Infatti, nel 2018 il numero di accertamenti di morte con metodo neurologico è stato di 27,8 pmp contro i 30,5 dell'anno 2017 e gli oltre 43 pmp della media nazionale. Inoltre, il numero di donatori procurati del 2018 è stato di 11,2 pmp contro 18,1 pmp del 2017 e gli oltre 27 della media nazionale. Infine, il tasso di opposizione registrato nel 2018 è stato pari al 47% contro il 37% del 2017 e circa il 28% della media nazionale.

Parimenti, per quanto concerne il procurement del tessuto corneale è stata registrata nell'anno 2018 una contrazione rispetto all'anno precedente attestandosi su 104 cornee prelevate contro 118 del 2017 in un contesto che prevede un fabbisogno regionale stimato di oltre 600 cornee/anno.

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)	Relazione sulla Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)		Si	Si	Si
Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico	Adesione al protocollo d'intesa con il Centro regionale Trapianti relativamente all'accertamento della morte cerebrale e all'eventuale prelievo multiorgano (rif. Nota n.1116/CSS del 14/05/2019)		Si	Si	Si
Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione	corsi di formazione e/o sensibilizzazione organizzazione in ambito aziendale		>= 2	>= 2	>= 2

Obiettivo 7 PRESCRIZIONE IN MODALITÀ DEMATERIALIZZATA

I medici dipendenti pubblici (ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, etc), sono individuati dal DA 12/08/2010 (GURS 27/08/2010) come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche. Il DA 2234/2015 (disposizioni inerenti le prescrizioni medicinali) ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione di farmaci. Tuttavia molti medici non si sono ancora adeguati. Al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nei predetti decreti, volte a semplificare a favore degli utenti le procedure di prescrizione e ridurre la conflittualità con MMG e PLS, è necessario che:

- aumenti il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata
- aumenti in maniera significativa il numero delle prescrizioni dagli stessi effettuate.

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	N. Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione / N. totale dei medici	59,26 % LUG-DIC 2018 specialistica	> 30%	> 35%	> 40%
numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS	totale ricette DEM prescritte / medici abilitati	252 mensili LUG-DIC 2018 specilistica	100	120	140

Obiettivo 8 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento digitale regionale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che potranno essere disponibili agli operatori sanitari, in caso di necessità, per finalità di cura.

Per il buon esito del progetto FSE è necessario coinvolgere un numero significativo di cittadini ricorrendo a tutte le azioni possibili per acquisire il consenso informato per l'attivazione del FSE e per alimentarlo con i referti di laboratorio ed a seguire con altre tipologie di referto.

Nel corso del 2018 sono state emanate specifiche direttive dall'Assessorato della Salute, per l'acquisizione del consenso informato per l'attivazione del FSE per i pazienti ricoverati o in trattamento ambulatoriale e per la trasmissione dei referti di laboratorio. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato sul numero dei consensi acquisiti e dei referti di laboratorio trasmessi.

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
% dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati; (>5%)	N. dei consensi informati acquisiti / N. dei pazienti ricoverati		> 5%	> 5%	> 5%
% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	N. dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE / N. delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	0	> 10%	> 50%	> 90%

Obiettivo 9 SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (P.A.C)

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n. 2128/ 2013, n. 402/2015 e n. 1559/2016 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale. L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità, impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

L'implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità ha impegnato le Aziende Sanitarie negli anni 2016-2018, nel corso dei quali sono state effettuate anche le verifiche di audit volte ad accertare il reale stato di attuazione delle procedure aziendali.

Dall'esito delle predette verifiche, sono emerse criticità che hanno indotto l'Amministrazione regionale, sulla scorta delle conformi indicazioni ministeriali rese in merito, ad adottare il D.A. n. 10/2019, con il quale è stato differito al 31.12.2019 il termine entro il quale definire il percorso di consolidamento del PAC regionale.

L'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 31.12.2019 alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	Si	Si	Si	Si
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".	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".	88,70%	Si	Si	Si
Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento	Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento			Si	Si

Obiettivo 11 PIANI ATTUATIVI AZIENDALI (P.A.A.)

Il Piano Attuativo Aziendale si articola in tre Aree, come di seguito.

1. Area Sanita' Pubblica e Prevenzione
2. Area Qualita', Governo Clinico e Sicurezza Dei Pazienti
3. Area Assistenza Territoriale e Integrazione Socio-Sanitaria

AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

1.1 Sanità veterinaria

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
1.1.A – Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	N. Aziende bovine e ovicaprine controllate / n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	9779/9827 99,5%	100%	100%	100%
1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	< 28 gg.	21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%

1.1.C – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	< 53 gg.	42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%
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.	N. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	bovine 222/2534 = 8,8% ovi-caprine 146/2226 = 6,5%	≥ 5% Aziende bovine ≥ 3% Aziende ovi-caprine	≥ 5% Aziende bovine ≥ 3% Aziende ovi-caprine	≥ 5% Aziende bovine ≥ 3% Aziende ovi-caprine
1.1.E – Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Percentuale di riduzione della prevalenza		≥ 15%	≥ 15%	≥ 15%

1.2. Igiene degli alimenti

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
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);	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)		Si	Si	Si
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)	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		Si	Si	Si
1.2.C – Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare		Si	Si	Si

1.3. Vaccinazioni

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
1.3.A – Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)	n. soggetti vaccinati / popolazione target residente	Morbillo Parotite Rosolia 1a dose Coorte 2016 9.961/10.719=92,9% 2a dose Coorti 2002 9,417/13.354=70.5% 2a dose Coorte 2000 8.847/13.383=66,1% 76,5% Varicella 1a dose Coorte 2016 9.625/10.719=89,8% 2a dose Coorti 2002 9.881/13.354=73,9% 2a dose Coorti 2002 7.360/13.383=55% 72,9%	92 - 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92 - 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92 - 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco
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)	Relazione sulle attività svolte	Si	Si	Si	Si
1.3.C – Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale	100%	Si	Si	Si
1.3.D – Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione		Si	Si	Si
1.3.E – Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Morbillo 24/35 68,57 % Rosolia 0/0 100%	100%	100%	100%

1.3.F – Notifica delle malattie infettive	N. notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	Morbillo 35/19 MBI 9/9 TBC 34/32	70%	70%	70%
---	--	----------------------------------	-----	-----	-----

1.4. Tutela ambientale

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
1.4.A – Sorveglianza malformazioni congenite	Segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto al 2017		Si	Si	Si
1.4.B –PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute	Raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/19		Si		
1.4.D – Amianto	Registro mesoteliomi: Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019	18/18 100%	> 80 %	> 85 %	> 90 %
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)	Report: invio entro il 31/10/2019		Si		

1.5. Prevenzione luoghi di lavoro

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
1.5.A – sorveglianza lavoratori ex esposti	invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	141/145 97,2%	Si	Si	Si

AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

2.1. Sicurezza dei pazienti

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Percentuale di completezza della compilazione della scheda A e della scheda B 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%	90%	90%
2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)		Si	Si	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	Si	Si
2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualitasicilia SSR		Si	Si	Si
2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette		100%	100%	100%
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	Si	Si
2.1.E – Adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali		Si	Si	Si

2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell’assistenza

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita		Si	Si	Si
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	Si	Si

2.3. PDTA

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
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	Si	Si

2.4 Appropriatelyzza

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
2.4.A – Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti		Sì	Sì	Sì

2.5 Outcome

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
2.5.A – Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report secondo modalità indicate dalla Regione		Sì	Sì	Sì

2.6 Trasfusionale

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
2.6.A – Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati: Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17.01.2019)	(previsione di raccolta delle EC - raccolta a consuntivo delle EC) / previsione di raccolta delle EC		0 0% = 100 % <= 1% = 80% <= 2% = 60% <= 3% = 50%	0 0% = 100 % <= 1% = 80% <= 2% = 60% <= 3% = 50%	0 0% = 100 % <= 1% = 80% <= 2% = 60% <= 3% = 50%
2.6.B – Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018.	Kg di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) nell'anno di riferimento - Kg. di Plasma raccolti nell'anno 2018.		>= 60 Kg. (>=60 Kg. = 100% >= 54 = 80%)	>= 60 Kg. (>=60 Kg. = 100% >= 54 = 80%)	>= 60 Kg. (>=60 Kg. = 100% >= 54 = 80%)

AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

3.1. Cronicità

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (<i>Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA.</i>)	N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100		>= 90%	>= 90%	>= 90%

3.2 Fragilità

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
3.2.A – Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi		Sì		
3.2.B – Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali			attivazione almeno un Centro pubblico e avvio procedura aperta di selezione	

3.3. Disabilità e non autosufficienza

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità	Formalizzazione della procedura		Redazione e formalizzazione della procedura	Attuazione della procedura	Attuazione e monitoraggio della procedura
3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali	Tempestivo pagamento del 100%		Sì	Sì	Sì
3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	N. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali X 100		>= 80%	>= 80%	>= 80%

3.4 Privacy

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
3.4.A – Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati	- Costituzione ufficio per la protezione dei dati - Costituzione gruppo di lavoro		Sì		

Obiettivo EQUILIBRIO DI BILANCIO

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate		Sì	Sì	Sì
Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato		Sì	Sì	Sì

Obiettivo 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.

VEDI Obiettivo 3

Obiettivo CONTENIMENTO SPESA PERSONALE

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
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	Rispetto del tetto di spesa (relazione)		Si	Si	Si
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	Redazione del programma		Si	Si	Si

Obiettivo CONTENIMENTO SPESA BENI E SERVIZI

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
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 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 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	Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi (monitoraggio aziendale e relazione)		Si	Si	Si

Obiettivo UTILIZZO SOMME DA N.2726/201 E DA N.1839/2018"

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Utilizzo somme DA n.2726/2017 e DA n.1839/2018 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	Attivazione procedure di rispettiva competenza come richiesto con nota ASP/13998/2019 del 03/04/2019 (relazione)		Si		

Obiettivo CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione per l'assistenza farmaceutica territoriale / ospedaliera	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione (relazione)		Si	Si	Si

Obiettivo FLUSSI INFORMATIVI

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
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	Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi" (monitoraggio e azioni di miglioramento)		Si	Si	Si

Obiettivo PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corrutivi in sanità	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	Si	Si	Si	Si

Osservanza 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 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.	Si	Si	Si	Si
---	--	----	----	----	----

Obiettivo LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021
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)	Si	Si	Si	Si

8. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (LEGGE 6 NOVEMBRE 2012 N. 190 E S.M.I.)

Ai sensi della Legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” l’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo entro il 31 gennaio di ogni anno adotta un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) con la funzione di fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio.

Il PTPC rappresenta lo strumento attraverso il quale l’ASP sistematizza e descrive un “processo” - articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente - che è finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell’esaminare l’organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di “possibile esposizione” al fenomeno corruttivo. Attraverso la predisposizione del PTPC, l’ASP di Palermo attiva azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre il rischio di comportamenti corrotti. Esso quindi, è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, ed è uno strumento per l’individuazione di misure concrete contro la possibile corruzione.

Ai sensi dell’art. 1 c. 14 della l. n. 190 del 2012, sostituito dall’art.41 del d.lgs. 97/2016, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione annuale recante i risultati dell’attività svolta in relazione al PTPC. Questo documento viene pubblicato sul sito istituzionale aziendale entro il 15 gennaio dell’anno successivo.

Tra i contenuti del PTPC vi sono gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art.1, co 8, del d.l. 190/2012 come novellato dall’art.41 del d.lgs. 97/2016).

Pertanto, le misure da attuare e le attività da svolgere previste nel PTPC, comprensivo del Piano Triennale Prevenzione della Trasparenza e dell’Integrità (PTPTI), sono inserite nel Piano triennale della Performance come obiettivi da assegnare alle strutture aziendali.

In sede di applicazione del presente Piano per l’anno 2019, agli obiettivi relativi al PTPC è assegnato un peso complessivo pari a punti “10”:

Area	Obiettivo	Indicatore	Peso	Valore Atteso
Norme Anticorruzione	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%

9. SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (P.A.C.)

L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità (D.M. 17/09/2012), impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

A tal fine il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Economia e delle Finanze, ha adottato il D.M. 01/03/2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità".

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n.2128 del 12/11/2013, n.402 del 10/03/2015 e n.1559 del 05/09/2016 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

L'Azienda ha avviato una intensa attività per supportare la realizzazione dei PAC. In particolare, sulla base della programmazione delle scadenze dell'Assessorato Regionale della Salute sono state predisposte e adottate le procedure previste.

Nell'anno 2019 si dovrà continuare a migliorare e monitorare l'applicazione e verifica delle suddette procedure anche con il supporto del sistema di audit interno.

L'obiettivo relativo ai PAC è descritto al capitolo 7 (obiettivo 9)

➤ SEZIONE 3 – LA PIANIFICAZIONE ANNUALE

10. DAGLI OBIETTIVI SPECIFICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI DI BUDGET

Ad ogni ambito declinato negli obiettivi specifici triennali si associa un’articolazione di obiettivi operativi per l’annualità in corso assegnati alle macrostrutture e alle unità operative complesse, per ciascuno dei quali vengono definiti uno o più indicatori e i valori target da raggiungere nel periodo.

Inoltre, sono definiti ulteriori obiettivi annuali per le aree non coperte dagli obiettivi specifici triennali.

Gli obiettivi operativi sono definiti e assegnati annualmente e rilevati in apposite schede denominate “schede di budget”, che hanno la seguente struttura:

ASP PALERMO		OBIETTIVI BUDGET anno				
macrostruttura						
UOC						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. * anno	V.R. anno
totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

1 La Direzione Aziendale Il Direttore/Responsabile della Struttura

I report relativi al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, sia per la rendicontazione intermedia sia per la rendicontazione finale dell’anno di riferimento, dovranno poi essere trasmessi agli uffici preposti.

Nell’allegato 6 si riportano gli obiettivi operativi per l’anno 2019 e le relative schede di budget.

11. L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'ASP di Palermo, una delle più grandi del nostro Paese, comprende un ampio territorio provinciale e, proprio per la sua vastità, è caratterizzata da una particolare complessità che si riflette nella sua articolata struttura organizzativa.

L'Azienda, infatti, è articolata in numerosi Dipartimenti e in diversi Presidi Ospedalieri, caratterizzati da una gestione dipartimentale dei servizi propri, sia dell'area ospedaliera sia dell'area territoriale, con lo scopo precipuo di realizzare al meglio ogni forma di integrazione ospedale-territorio e viceversa, per meglio soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

La Direzione Strategica declina gli **obiettivi specifici triennali aziendali**, individua opportuni **obiettivi operativi di budget per l'annualità in corso** che assegna alle macrostrutture (Dipartimento – Distretto Sanitario – Distretto Ospedaliero e UU.OO. di Staff) e alle singole strutture complesse. Ai sensi del D.Lgs n. 150/2009 e s.m.i., in ciascun ambito operativo vengono coerentemente definiti, secondo il meccanismo a cascata sopra citato, ulteriori obiettivi operativi individuali o di gruppo, tali da consentire la coniugazione della performance organizzativa conseguita dalla struttura di riferimento con la performance individuale realizzata da ciascun dipendente (dirigente e non).

Tutto ciò rende possibile definire il contributo richiesto a ciascuna struttura e l'apporto individuale voluto da ciascun operatore, dando quindi maggiori garanzie di pervenire al raggiungimento dei risultati attesi, prevalentemente orientati al potenziamento delle attività assistenziali di recente avviamento, al perseguimento di una maggiore efficienza dei servizi, al miglioramento dei risultati già conseguiti in precedenza, al perseguimento di buoni esiti di salute.

Gli obiettivi vengono assegnati alle UU.OO. indicate nell' **albero della performance** di seguito raffigurato.



☐ STRUTTURE ASSEGNATARIE DI OBIETTIVI DI BUDGET 2019		Tipo UO
UU.OO. della Direzione Aziendale		
	Coordinamento staff strategico (UOC)	UOC
	Programmazione, Controllo di Gestione – SIS (UOC)	UOC
	Legale (UOC)	UOC
	Psicologia (UOC)	UOC
	Servizio Prevenzione e Protezione (UOC)	UOC
	UOS Educazione alla Salute Aziendale (UOS)	UOS
	UOS Sorveglianza Sanitaria (UOS)	UOS
I Dipartimenti Sanitari funzionali		
	Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie (UOC)	UOC
	Medicina legale e fiscale (UOC)	UOC
	Integrazione socio-sanitaria (UOC)	UOC
	Ospedalità pubblica (UOC)	UOC
	Ospedalità privata (UOC)	UOC
	Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare (UOC)	UOC
I Dipartimenti Sanitari strutturali		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		DIP
	HACCP - RSO (UOC)	UOC
	Sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva (UOC)	UOC
	Igiene degli ambienti di vita (UOC)	UOC
	Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale (UOC)	UOC
	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (UOC)	UOC
	Impiantistica ed antinfortunistica (UOC)	UOC
	Laboratorio medico di sanità pubblica (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO		DIP
	Igiene urbana e lotta al randagismo (UOC)	UOC
	Sanità animale – Area A (UOC)	UOC
	Igiene della produzione degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B (UOC)	UOC
	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA		DIP
	Modulo 1 (UOC) <i>Misilmeri-Palermo</i>	UOC
	Modulo 2 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
	Modulo 3 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
	Modulo 4 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
	Modulo 5 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
	Modulo 6 (UOC) <i>Termini Imerese-Bagheria</i>	UOC
	Modulo 7 (UOC) <i>Cefalù-Petralia Sottana</i>	UOC
	Modulo 8 (UOC) <i>Corleone-Lercara Friddi</i>	UOC
	Modulo 9 (UOC) <i>Partinico-Carini</i>	UOC
	Dipendenze patologiche (UOC)	UOC
	Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale (UOC)	UOC

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	DIP
Salute della donna e del bambino territoriale (UOC)	UOC
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Ginecologia e ostetricia (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Ginecologia e ostetricia (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Pediatria (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Ginecologia e ostetricia (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Neonatologia (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	DIP
Farmacie (UOC)	UOC
Farmaco e farmacoepidemiologia (UOC)	UOC
Distretto farmaceutico PA 1 (UOC) con sede al P.O. "Civico" di Partinico	UOC
Distretto farmaceutico PA 2 (UOC) con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	UOC
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	DIP
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Patologia clinica (UOC) [lab. core]	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Patologia clinica (UOC) [lab. core]	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Patologia clinica (UOC) [lab. core + s]	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Anatomia Patologica (UOC)	UOC
Medicina trasfusionale (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	DIP
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Radiodiagnostica + TAC (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Radiodiagnostica + TAC (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Radiodiagnostica + TAC e RMN (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO DELLE ANESTESIE, DELLE TERAPIE INTENSIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE	DIP
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Anestesia e rianimazione (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Anestesia e rianimazione (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Anestesia e rianimazione (UOC)	UOC
i Distretti Sanitari	
Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)	UOC
PTA "Biondo" (UOC)	UOC
PTA "Casa del Sole" (UOC)	UOC
PTA "E. Albanese" (UOC)	UOC
PTA "Guadagna" (UOC)	UOC

i Distretti Ospedalieri		
Distretto Ospedaliero n.1 - PP.OO. integrati "Civico" di Partinico e "Dei Bianchi" di Corleone		
Direzione Sanitaria (UOC) - [interospedaliera] con sede al P.O. "Civico di Partinico"		UOC
Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "Civico" di Partinico		UOC
P.O. "Civico" di Partinico		
Medicina interna (UOC)		UOC
Cardiologia-UTIC (UOC)		UOC
Chirurgia generale (UOC)		UOC
Ortopedia e traumatologia (UOC)		UOC
P.O. "Dei Bianchi" di Corleone		
Funzioni igienico-organizzative (UOS)		UOS
Medicina interna (UOC)		UOC
Chirurgia generale (UOS)		UOS
Distretto Ospedaliero n.2 - PP.OO. integrati "S. Cimino" di Termini Imerese e "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana		
Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese		UOC
P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese		
Direzione Sanitaria (UOS)		UOS
Medicina interna (UOC)		UOC
Chirurgia generale (UOC)		UOC
Otorinolaringoiatria (UOC)		UOC
Ortopedia e traumatologia (UOC)		UOC
P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana		
Funzioni igienico-organizzative (UOS)		UOS
Medicina interna (UOC)		UOC
Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo		
Direzione Sanitaria (UOC) - [interospedaliera] con sede al P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo		UOC
Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo		UOC
P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo		
Gastroenterologia ed endoscopia - Screening colon retto (UOS)		UOS
Medicina interna (UOC)		UOC
Cardiologia-UTIC con emodinamica (UOC)		UOC
Geriatrics (UOC)		UOC
Chirurgia generale (UOC)		UOC
Ortopedia e traumatologia (UOC)		UOC
Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo		
Medicina fisica e riabilitazione intensiva (UOC)		UOC
Medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale (UOC)		UOC

I Dipartimenti Amministrativi		
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI		DIP
Gestione giuridica e sviluppo organizzativo (UOC)		UOC
Gestione economica e previdenziale (UOC)		UOC
Affari generali e convenzioni (UOC)		UOC
Trattamento economico personale convenzionato (UOC)		UOC
DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO		DIP
Bilancio e programmazione (UOC)		UOC
Contabilità analitica e patrimonio (UOC)		UOC
Contabilità generale e gestione tesoreria (UOC)		UOC
Progettazione e manutenzioni (UOC)		UOC
Provveditorato (UOC)		UOC
Logistica e gestione servizi esternalizzati (UOC)		UOC
	DIP	10
	UOC	100
	UOS	7
	TOT	117

12. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Il processo seguito per lo sviluppo del ciclo di gestione delle performance ha coinvolto i soggetti indicati nella sottostante tabella.

	Fase del processo	Soggetti coinvolti
1	Definizione dell'identità dell'organizzazione	➤ U.O. Programmazione e Controllo di Gestione - SIS
2	Analisi del contesto esterno ed interno	➤ U.O. Programmazione e Controllo di Gestione - SIS ➤ Dipartimento Risorse Umane
3	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	➤ Direzione Strategica ➤ Gruppo di lavoro "budget" composto da: - UOC Coordinamento Staff Strategico - UOS Qualità e progettazione - UOS Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane - UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS - UOS Sistema Informativo e Statistico - UOC Contabilità Analitica
4	Programmazione economico-finanziaria	➤ UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS ➤ Dipartimento Risorse Economico-Finanziario, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico
5	Il sistema di misurazione e valutazione della Performance e il ciclo di gestione	➤ UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS ➤ UOS Valutazione e Valorizzazione delle Risorse Umane
6	Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno	➤ UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS ➤ UOS Comunicazione e informazione

L'ASP avvia il proprio "processo di budgeting" con la definizione degli obiettivi da parte della Direzione Strategica, tenuto conto delle indicazioni assessoriali, con il supporto del Gruppo di Lavoro interdisciplinare appositamente costituito; si procede quindi all'assegnazione degli stessi obiettivi ai direttori di macrostruttura e di struttura complessa.

L'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi strategici rappresenta quindi la prima fase del processo, prevedendo per ogni obiettivo assegnato ai CdR (Centri di Responsabilità), opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare il risultato raggiunto rispetto a quello atteso.

Tale processo è finalizzato, oltre che al soddisfacimento dei bisogni della popolazione, alla verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

Del suddetto sistema di misurazione è garante l'Organismo Indipendente di valutazione (OIV), che supporta la Direzione aziendale.

Tale sistema è centrato sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa, indicando ogni raccordo logico per l'allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori (strumenti che rendono possibile l'attività di acquisizione delle informazioni), di outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato o valore atteso) per ciascun indicatore, che deve avere caratteristiche di qualità e di fattibilità opportunamente soppesate, al fine di soddisfare le esigenze dei portatori di interesse interni ed esterni, e dell'Utenza in particolare, cui le azioni sottese agli obiettivi sono destinate.

Ai fini dell'efficacia dell'intero sistema e per garantire la connessione fra il sistema di misurazione della performance organizzativa con quello della misurazione e valutazione della performance individuale, il ricorso ad un'opportuna "mappa strategica" consente di declinare ed evidenziare a cascata, nei diversi livelli organizzativi, gli obiettivi operativi attribuiti in fase di negoziazione di 2° livello dai Responsabili di macrostruttura e dai dirigenti responsabili di Unità Operative Complesse nei confronti delle singole Unità Operative Semplici ed unità di personale dirigente *professional* e comparto (negoziante di 3° livello).

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si innesca quindi nell'ambito del più ampio Ciclo di gestione della performance, articolato nelle seguenti fasi:

- 1) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi;
- 2) collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse;
- 3) monitoraggio in corso di esercizio, con attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, secondo frequenza e modalità definite;
- 5) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 6) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.

Il percorso "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi operativi consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità: la Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ad essa assegnati dagli organismi regionali e dalla relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi annuali alle macrostrutture aziendali.

I responsabili delle macro strutture, coadiuvati dai dirigenti delle strutture coordinate, comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale e le modalità previste per il raggiungimento.

➤ SEZIONE 4 – DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

13. IL PERCORSO DI TRADUZIONE DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALL'INDIVIDUALE

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa sono declinati dai responsabili sovraordinati essenzialmente a partire dalle attività e dai progetti definiti in sede di programmazione annuale.

Ciò consente di:

- assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni;
- assicurare che la performance individuale venga valutata sulla base di elementi sui quali il valutato ha effettivamente la possibilità di intervenire direttamente evitando, quindi, di collegare tale valutazione ad elementi al di fuori del controllo del valutato (es. impatto).

In termini operativi il percorso per definire la performance individuale, in modo coerente con la performance organizzativa, prevede che venga posta attenzione all'incrocio tra responsabilità/progetti affidati alla struttura e Responsabilità/compiti individuali.

Le schede per l'assegnazione degli obiettivi individuali sono riportate nell'allegato 2. La valutazione individuale, come descritto nel paragrafo 6, oltre che su specifici obiettivi assegnati si basa anche su comportamenti generali e competenze professionali che nelle schede sono dettagliatamente riportati.

Le modalità per la declinazione degli obiettivi di performance individuale possono variare o anche essere compresenti in funzione delle situazioni concrete:

1. la riallocazione top-down, nel senso che la performance organizzativa attesa della macrostruttura viene riallocata "a cascata" nelle strutture dirigenziali, che a loro volta completeranno l'attribuzione a tutto il personale fino al livello individuale;
2. la selezione e suddivisione: a partire dalla performance organizzativa, la macrostruttura individua le performance a cui le strutture dirigenziali, sulla base delle responsabilità affidate, possono contribuire (ad esempio un progetto può essere scomposto in sotto-progetti a cui contribuiscono diverse strutture). Queste completeranno l'attribuzione a tutto il personale fino al livello individuale;
3. l'integrazione e negoziazione: gli obiettivi sovraordinati vengono reinterpretati, personalizzati sulle sfide specifiche e calati nelle strutture dirigenziali, che a loro volta completeranno l'attribuzione a tutto il personale fino al livello individuale.

Nel presente Piano, considerata la complessità dell'organizzazione aziendale, non si riportano gli obiettivi individuali assegnati a tutto il personale del comparto e della dirigenza, ma solo quelli dei Direttori delle macrostrutture e dei Direttori di UOC, con la precisazione che gli "specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità" previsti nelle schede di valutazione individuale coincidono con gli obiettivi operativi per l'anno 2019 e le relative schede di budget riportati nell'allegato 6.

ALLEGATI

Allegato 1 - Descrizione socio-demografica (stralcio Piano Aziendale della Prevenzione anno 2016)

Allegato 2 - Le schede di valutazione individuale

Allegato 3 - Obiettivi di Salute e di Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019-2020" (documento dell'Assessorato Regionale della Salute)

Allegato 4 - Obiettivi Contrattuali di Salute e di Funzionamento 2019-2020 e Obiettivi Contrattuali Generali 2019-2021 e matrice di assegnazione (documento aziendale di assegnazione degli obiettivi alle strutture aziendali)

Allegato 5 - Scheda degli obiettivi specifici triennali.

Allegato 6 - Gli obiettivi operativi e le schede di budget anno 2019

DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

STRALCIO PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE ANNO 2016

adottato con delibera n.489 del 30/06/2016

DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

1 Informazioni demografiche

Informazioni Demografiche	Provincia di Palermo			Sicilia		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione residente al 1 Gennaio 2011	601178	648399	1249577	2441599	2609476	5051075
Popolazione residente per fasce di età:						
0-14	101004	96179	197183	393438	372494	765932
15-64	405150	423671	828821	1646937	1701995	3348932
65-74	51345	60415	111760	213649	249125	462774
75+	43679	68134	111813	187575	285862	473437
Popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2011						
Numero	13125	15371	28496	68147	73757	141904
% popolazione residente	2,2	2,4	2,3	2,8	2,8	2,8
			Provincia di Palermo			Sicilia
Tasso di natalità			10,2			9,5
Tasso di mortalità			9,2			9,5
Speranza di vita maschi			78,3			78,4
Speranza di vita femmine			83,0			83,0
Indice di dipendenza			52,4			52,5
Indice di dipendenza anziani			28,6			29,6
Indice di invecchiamento			113,4			122,2
Territorio						
Montagna			42,3%			
Collina			51,4%			
Pianura			6,3%			
Numero comuni			82			
Superficie in Km ²			4992			
Densità ab. per Km ²			250,3			

Fonte dati:

<http://demo.istat.it/>

Regione Siciliana - Annuario Statistico regionale: Sicilia 2011

HFA (aggiornamento dicembre 2010)

1.1 Profilo demografico - La Provincia Regionale di Palermo è una provincia della Sicilia di 1.249.577 abitanti. Si estende su una superficie di 4.992 km² e comprende 82 comuni. Confina ad ovest con la provincia di Trapani, a sud con la provincia di Agrigento e la provincia di Caltanissetta, ad est con la provincia di Messina e la provincia di Enna. La provincia di Palermo è la più popolata della Sicilia, e la sua densità demografica risulta superiore alla media nazionale e regionale.

Nel 2011 nella provincia di Palermo si registra una natalità più alta rispetto alla regione (10,2), mentre l'indice di dipendenza degli anziani nello stesso periodo evidenzia un valore più basso (28,6) rispetto al valore siciliano. Nella popolazione della provincia di Palermo il processo di invecchiamento risulta in diminuzione registrando un valore più basso nel periodo considerato (113,4) rispetto al dato regionale.

1.2 Il territorio - Il territorio provinciale occupa una porzione notevole del settore nord-occidentale della Sicilia: il territorio palermitano infatti, si spinge fino a Pollina, ultimo comune costiero prima del confine con la provincia di Messina. Fa parte del territorio provinciale anche l'isola di Ustica,

che, al contrario delle altre isole minori che attorniano la Sicilia, non appartiene ad alcun arcipelago. Inoltre, sono di competenza dell'ASP di Palermo anche le isole di Lampedusa e Linosa. La divisione altimetrica vede prevalere il territorio collinare e quello montuoso. Come in tutte le province siciliane, ad eccezione di quella ennese, nel Palermitano vi sono laghi di origine esclusivamente artificiale, perlopiù dighe di varie dimensioni situate nel retroterra collinare della provincia. Il bacino di maggior rilievo è il Lago di Piana degli Albanesi. Pochi sono inoltre i fiumi, a carattere prettamente torrentizio. Il clima della Provincia di Palermo è caratterizzato da temperature miti, da precipitazioni concentrate soprattutto nel semestre invernale con inverni generalmente brevi e freschi ed estati lunghe e torride.

1.3 L'economia - L'agricoltura è fortemente sviluppata: la provincia è infatti una delle maggiori produttrici di limoni in Europa. Grande successo ha riscosso la produzione di cotone, settore in cui l'isola intera primeggia a livello nazionale. Non ultima la viticoltura, principalmente sviluppata nelle colline dell'interno. Attività decisamente marginale è, al contrario, l'allevamento, mentre ricopre un ruolo di rilievo la pesca. L'industria si incentra su alcuni poli industriali di rilievo: tra questi, i cantieri navali di Palermo, tra i più importanti del Paese a fianco di quelli di Genova. Termini Imerese è un polo industriale di notevole importanza, poiché vi sono impianti a forte impatto occupazionale. Sempre a Termini Imerese, sorge una delle maggiori centrali termoelettriche del Paese. La produzione di energia è completata da impianti di energia alternativa, quali il campo fotovoltaico di Ciminna e alcuni impianti per la produzione di energia eolica che si trovano nelle colline dell'interno. Nel campo del commercio, la rete di distribuzione è accentrata nel capoluogo e nei grossi comuni dell'hinterland. Sono presenti in provincia centri commerciali di ampie dimensioni, nonché le succursali di quasi tutte le grandi catene commerciali internazionali. Il settore dei servizi è rilevante, giacché Palermo è sede di uffici regionali, provinciali e comunali

UOMINI						Donne						
Rango	Grandi Categorie ICD X - Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	Anni di vita persi a 75 anni	Grandi Categorie ICD X - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	Anni di vita persi a 75 anni
1	MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	2026	36,5	336,8	239,7	51508,5	MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	2451	43,4	378,5	169,4	24014,5
2	TUMORI MALIGNI	1668	30,1	277,3	210,1	78193	TUMORI MALIGNI	1235	21,9	190,8	120,4	65053,5
3	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	408	7,4	67,9	46,9	7826,5	MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	358	6,3	55,3	27,7	7701
4	MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	274	4,9	45,6	33,0	10389,5	STATI MORBOSI MALDEFINITI	290	5,1	44,8	19,4	3709
5	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	238	4,3	39,6	30,6	13317,5	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	275	4,9	42,4	19,6	3942
6	CAUSE ACCIDENTALI	201	3,6	33,4	28,4	31360	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	225	4,0	34,7	18,5	5792,5
7	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	172	3,1	28,5	20,4	7429,5	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	209	3,7	32,3	16,1	5141
8	STATI MORBOSI MALDEFINITI	172	3,1	28,5	21,6	9684,5	DISTURBI PSICHICI	160	2,8	24,7	10,5	1385
9	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	117	2,1	19,5	13,7	2457,5	CAUSE ACCIDENTALI	143	2,5	22,1	11,7	6612,5
10	DISTURBI PSICHICI	101	1,8	16,8	11,7	2107,5	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	127	2,2	19,7	9,3	1835
11	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	42	0,8	7,0	5,4	2402,0	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	41	0,7	6,3	4,0	2592,5
12	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	36	0,6	5,9	7,8	17857	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	30	0,5	4,7	6,7	14795
13	MALATTIE INFETTIVE	28	0,5	4,6	3,7	2002,5	MALATTIE INFETTIVE	28	0,5	4,2	2,6	1302
14	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANEMOPOETICI	15	0,3	2,6	1,8	540	MALATTIE OSTROMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	26	0,5	3,9	2,2	905
15	MALATTIE OSTROMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	11	0,2	1,8	1,3	385	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANEMOPOETICI	19	0,3	3,0	1,6	789,5
16	MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	3	0,1	0,4	0,3	140	MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	3	0,1	0,4	0,3	92,5
17	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	0	0	0	0	0	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	1	0,0	0,1	0,1	222,5
	TUTTE LE CAUSE	5545	100	922,0	681,2	24298	TUTTE LE CAUSE	5648	100	872,2	442,3	147132,5

2.1 Mortalità per grandi gruppi di cause

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

Le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi (seppur a ranghi invertiti), si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore. Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono il diabete e il tumore della mammella, mentre negli uomini si aggiungono i tumori dell'apparato respiratorio, il diabete e le broncopatie.

Mortalità infantile		1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Riduzione % (1995-2010)
Tasso mortalità infantile (/1000 nati vivi)	ASP 6 Palermo	7,2	5,9	5,7	5,6	4,9	4,6	5,3	3,5	3,4	4,6	3,2	3,9	45%
	Sicilia	8,3	6,0	6,3	6,6	5,1	5,2	5,6	4,5	4,9	5,1	5,0	4,8	43%
	Italia	6,1	4,3	4,4	4,1	3,7	3,7	3,8	3,7	3,5	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

2.2 Mortalità infantile

Fonte: Base dati HFA (anni 1995-2003) ed elaborazione DASOE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

Negli anni 2000-2010 non si osservano sostanziali differenze nell'andamento della mortalità infantile nella provincia di Palermo, tuttavia un certo decremento si osserva nell'ultimo biennio considerato. Tale andamento, tuttavia, si mantiene tendenzialmente più basso (3,9% nel 2010) rispetto al tasso di mortalità infantile della regione per tutto il periodo considerato.

2.3 Mortalità prematura

Rango	Sottocategorie ICD IX - Uomini	Anni di vita persi a 75 anni	Sottocategorie ICD IX - Donne	Anni di vita persi a 75 anni
1	T. M. Trachea, bronchi, polmoni	23145	T. M. Mammella	14130
2	Malattie ischemiche del cuore	20517,5	T. M. Trachea, bronchi, polmoni	7737,5
3	Infarto Miocardico Acuto	14230	Malattie cerebrovascolari	7262
4	Cirrosi epatica	9922,5	Malattie ischemiche del cuore	6565
5	Malattie cerebrovascolari	9664,5	T. M. Colon Retto	6265
6	Aritmie Cardiache	9196,5	Diabete mellito	4890
7	T. M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	6947,5	T. M. Sistema Nervoso Centrale	4620
8	T. M. Colon Retto	6930	T. M. Ovaio	4315
9	Diabete mellito	6687,5	T. M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	4172,5
10	T. M. Sistema Nervoso Centrale	5475,5	Infarto Miocardico Acuto	4060
	Tutte le cause	242998	Tutte le cause	147152,5

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

L'analisi per gli anni di vita perduti con le morti premature rispetto all'età considerata (75 anni) costituisce una misura chiave del peso sociale ed economico per la comunità delle varie cause di morte.

Negli uomini tra le prime cause si evidenziano i tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni (prima causa), le malattie circolatorie e la cirrosi (quarta causa). Nel sesso femminile, si conferma l'alto impatto in termini di mortalità prematura del tumore della mammella, che sotto tale profilo anche a Palermo costituisce la prima causa per anni di vita perduti, come nel resto della Sicilia. L'analisi per sottocategorie evidenzia inoltre tra le prime cause, oltre ai tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni (seconda causa), le malattie circolatorie.

Indicatori carico di malattia	Sicilia		ASP 6 Palermo		Distretto di Bagheria		Distretto di Carini		Distretto di Cefalù		Distretto di Corleone		Distretto di Lercara Friddi		Distretto di Misilmeri		Distretto di Palermo metropolitana		Distretto di Partinico		Distretto di Petralia Sottana		Distretto di Termini Imerese		Distretto di Lampedusa e Linosa		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Mortalità per Grandi Cause																											
Numero medio annuale di decessi	23341	23342	5545	5648	369	349	275	242	249	250	156	152	191	199	256	235	3203	3378	335	331	182	190	307	306	22	18	
Tasso Standardizzato x 100.000	675,4	429,5	681,2	442,3	697,7	460,2	632,5	405,9	598,1	377,0	590,9	382,8	619,1	444,7	620,8	427,3	722,6	454,4	641,8	454,1	579,3	396,4	616,7	440,7	657,4	430,8	
Mortalità per Malattie del sistema circolatorio																											
Numero medio annuale di decessi	9009	10949	2926	2451	142	169	94	103	102	120	68	72	81	93	101	116	1098	1387	129	151	80	94	123	138	8	7	
Tasso Standardizzato x 100.000	246,6	180,8	239,7	169,4	263,5	206,3	214,1	159,3	225,3	153,9	232,6	159,0	242,2	183,2	230,5	186,0	242,3	165,1	234,8	182,0	238,3	171,5	234,8	173,7	220,9	160,0	
Mortalità per Diabete																											
Numero medio annuale di decessi	1034	1415	251	332	16	29	11	15	7	12	9	13	8	12	12	17	151	190	15	22	8	15	13	16	1	2	
Tasso Standardizzato x 100.000	28,5	25,1	29,5	24,9	29,9	25,8	25,2	24,2	16,4	18,0	30,3	28,5	25,9	27,7	27,1	30,0	32,8	24,7	27,2	27,4	25,1	29,1	25,6	19,1	28,7	48,9	
Mortalità per BPCO																											
Numero medio annuale di decessi	1019	468	229	123	16	6	14	6	10	4	7	5	9	3	12	4	130	76	18	8	7	3	17	8	0	0	
Tasso Standardizzato x 100.000	26,7	7,9	26,9	8,7	30,4	7,3	29,7	6,6	20,5	5,8	21,1	11,1	25,9	5,6	24,7	6,8	27,5	9,4	29,9	10,1	15,8	5,1	29,6	9,5	9,0	2,7	

2.4 Mortalità generale per Azienda e per Distretti

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

La mortalità generale mostra tassi lievemente superiori alla media regionale, mentre dal confronto con la Regione per principali sottocategorie diagnostiche (diabete tra gli uomini e BPCO in entrambi i sessi), si rilevano tassi di mortalità più elevati con differenze tuttavia non sempre significative. Negli undici distretti della provincia di Palermo, nel periodo 2004-2011, emergono alcuni eccessi di mortalità statisticamente significativi per alcune patologie croniche, alcuni dei quali rilevabili anche a carico dell'intera provincia. In particolare:

- nel distretto di Bagheria rispetto al dato regionale, si registrano tassi di mortalità più elevati in entrambi i generi per tutte le cause per malattie circolatorie e per diabete, mentre tra i soli uomini si rileva un tasso di mortalità per BPCO superiore alla media regionale;
- nel distretto di Carini emergono eccessi significativi in entrambi i sessi per quanto riguarda le broncopatie;
- nel distretto di Cefalù non emergono eccessi significativi in entrambi i sessi rispetto al riferimento regionale;
- nel distretto di Corleone si registrano tassi di mortalità più elevati per diabete in entrambi i generi, mentre nelle donne questi si limitano alle broncopatie.

Indicatori Mortalità oncologica	Sicilia		ASP 6 Palermo		Distretto di Bagheria		Distretto di Carini		Distretto di Cefalù		Distretto di Corleone		Distretto di Lercara Friddi		Distretto di Misilmeri		Distretto di Palermo metropolitana		Distretto di Partinico		Distretto di Petralia Sottana		Distretto di Termini Imerese		Distretto di Lampedusa e Linosa		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Mortalità per Tumori																											
Numero medio annuale di decessi	8822	4959	1088	1235	110	73	92	50	05	47	38	30	48	40	71	40	1002	764	99	71	48	31	86	73	9	5	
Tasso Standardizzato x 100.000	202,8	116,0	210,1	120,4	207,2	111,3	212,2	111,4	167,7	94,6	160,7	93,3	168,2	116,4	180,3	107,2	228,0	126,8	196,4	117,9	163,3	87,7	180,1	131,0	252,1	139,9	

2.5 Oncologia

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

Il confronto dell'andamento dei tassi standardizzati della provincia di Palermo in entrambi i generi mostra livelli di mortalità più alti (uomini 210,1; donne 120,4) rispetto al valore regionale nel complesso delle cause tumorali.

Riguardo alla distribuzione della mortalità nella provincia, in quasi tutti i distretti non sono stati registrati eccessivi tassi di mortalità per cause tumorali ed il profilo della mortalità per tali patologie sembra riprodurre quello provinciale con lievi incrementi di mortalità in entrambi i generi nei distretti

di Palermo metropolitana (uomini 228,0; donne 126,8) e di Lampedusa e Linosa (uomini 252,1; donne 139,9).

Tra i soli uomini si osservano alcuni incrementi rispetto al riferimento regionale nei distretti di Bagheria (207,2) e Carini (211,2) mentre tra le donne si registrano alcuni aumenti nei distretti di Lercara Friddi (116,4), Partinico(117,9) e Termini Imerese (131,0).

Stima dei nuovi casi incidenti e dei casi prevalenti Età 0-84	Sicilia		ASP 6 Palermo	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
<i>Casi Incidenti</i>	8987	7004	2222	1731
<i>Casi Prevalenti</i>	41141	49564	10170	12253

Incidenza e prevalenza

Fonte : Elaborazione su Stime MIAMOD

e

LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

Scheda di valutazione anno _____
Area Dirigenza
Direttore di UOC/Macrostruttura

Nome e Cognome:	Matr:
Incarico:	
Distretto/Dipartimento/Presidio :	
Unità Operativa Complessa:	

Colloquio di condivisione degli obiettivi è stato effettuato il ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance
 - visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;
 - dato atto dell'avvenuta assegnazione degli obiettivi individuali annuali a cascata e del monitoraggio in itinere degli stessi;
 - tenuto conto dei comportamenti generali, delle competenze professionali e della qualità del contributo del valutato alla performance dell'U.O.;
 - vista l'allegata relazione individuale sull'attività svolta;
- esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

CALCOLO PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

PUNTEGGIO AREA A) Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità	0,00
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali, competenze professionali, manageriali e tecnico scientifiche	0,00
PUNTEGGIO AREA C) Competenze manageriali specifiche	0,00
TOTALE*	0,00

* La valutazione è positiva se il punteggio è superiore o uguale a 46

Feed Back del valutato commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:

Colloquio di valutazione finale con il valutato è stato effettuato il ___/___/___

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 60/100**Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità**

Riportare in quest'area la valutazione della performance organizzativa (punteggio attribuito alla U.O.C./Macrostruttura) valutata dall'OIV: _____

Valutazione della macrostruttura		0
----------------------------------	--	---

Punteggio area A

0,00

N.B. ALLEGARE A QUEST'AREA LA SCHEDA BUDGET DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'ANNO DI RIFERIMENTO

AREA B - peso 25/100

Comportamenti generali					
b.1 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di programmare le attività dell'U.O. in funzione dei bisogni degli utenti e per la soddisfazione delle loro esigenze	1	2	3	4	5
b.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto degli impegni assunti. b.2.1. Esistenza di un Piano di macrostruttura /U.O.C. collegato all'indirizzo strategico aziendale	1	2	3	4	5
b.3 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o delle direttive aziendali	1	2	3	4	5
b.4 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso una costante attività di aggiornamento e la condivisione delle conoscenze nel gruppo di lavoro	1	2	3	4	5
Competenze professionali e manageriali					
b.5 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA Indica la capacità di costruire piani di lavoro integrati multi professionali, anche con le altre UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio. b.5.1. Realizzazione dei piani di lavoro integrati multiprofessionali e fra UU.OO. o Macrostrutture, con particolare attenzione al monitoraggio dei risultati e all'introduzione dei correttivi necessari.	1	2	3	4	5
b.6 CAPACITA' DI INNOVAZIONE Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
b.7 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta	1	2	3	4	5
Competenze tecnico scientifiche					
b.8 Esistenza documentata di un sistema di monitoraggio delle attività della macrostruttura/U.O.C. e di verifica dei risultati	1	2	3	4	5
b.9 Contributo al Piano degli Obiettivi aziendali b.9.1. Esistenza di relazione e/o documenti di monitoraggio delle attività e dei risultati	1	2	3	4	5
b.10 Per i Direttori dell'AREA SANITARIA Attivazione e sviluppo di programmi documentabili di innovazione/riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali in una prospettiva di: - appropriatezza - efficacia - efficienza - centralità dei bisogni globali del paziente/utente	1	2	3	4	5
b.10 Per i Direttori dell'AREA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA Attivazione e sviluppo di programmi documentabili di innovazione/riorganizzazione delle attività amministrative (con particolare riferimento allo snellimento burocratico e al supporto all'attività assistenziale)					
Punteggio area B					0,00

AREA C - peso 15/100

Competenze manageriali specifiche					
c.1 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANEIndica la capacità di individuare e valorizzare le specifiche competenze dei propri collaboratori e la capacità di differenziare i giudizi ai fini delle valutazioni, la gestione della conciliazione delle controversie in ambito di valutazione.	1	2	3	4	5
c.2 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALIIndica il grado di conoscenza delle linee strategiche aziendali e di partecipazione alla loro definizione attraverso contributi specifici.c.2.1. Esistenza di gestione organizzativa flessibile e congruente con la strategia aziendale.	1	2	3	4	5
c.3. GESTIONE DELLA LEADERSHIPIndica il grado di autorevolezza nel determinare un clima di collaborazione nel gruppo di lavoro (UOC/Macrostruttura); la capacità di prevenire e gestire eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della struttura che con le altre articolazioni aziendali.	1	2	3	4	5
<i>Punteggio area C</i>					0,00

Scheda di valutazione anno _____

Area Dirigenza

Dirigenti con incarico *professional* o di Responsabile UOS

Nome e Cognome:	Matr:
Incarico:	
Distretto/Dipartimento/Presidio :	
Unità Operativa Complessa:	
Unità Operativa Semplice:	

Assegnazione degli obiettivi in data ____/____/____

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

- dato atto dell'avvenuta assegnazione degli obiettivi individuali annuali a cascata e del monitoraggio in itinere degli stessi;

- tenuto conto dei comportamenti generali, delle competenze professionali e della qualità del contributo del valutato alla performance dell'U.O.;

- vista l'allegata relazione individuale sull'attività svolta;

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

PUNTEGGIO AREA A) Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito	0,00
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali, competenze professionali, manageriali	0,00
PUNTEGGIO AREA C) Qualità del contributo alla performance generale della struttura	0,00
TOTALE*	0,00

* La valutazione è positiva se il punteggio è superiore o uguale a 40

Feed Back del valutato commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:

Colloquio di valutazione finale con il valutato è stato effettuato il ____/____/____

Timbro e firma del Responsabile UOS (solo per la Dirigenza Professional) _____

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 55/100

Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità

Descrizione degli obiettivi assegnati e definizione del valore atteso (indicare da 1 a max 3 obiettivi)	Peso obiettivo*	% ragg. obiettivo	Punteggio
a.1			0
a.2			0
a.3			0
Punteggio area A			0,00

(*) ATTENZIONE: il totale dei pesi degli obiettivi a.1, a.2 e a.3 deve essere uguale al peso area A

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 30/100

Comportamenti generali

b.1 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di programmare le attività dell'U.O. in funzione dei bisogni degli utenti e per la soddisfazione delle loro esigenze	1	2	3	4	5
b.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto degli impegni assunti.	1	2	3	4	5
b.3 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o delle direttive aziendali	1	2	3	4	5
b.4 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso una costante attività di aggiornamento e la condivisione delle conoscenze nel gruppo di lavoro	1	2	3	4	5
b.5 RELAZIONI CON I COLLEGHI Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'Unità Operativa	1	2	3	4	5

Competenze professionali e manageriali

b.6 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA Indica la capacità di costruire piani di lavoro integrati multi professionali, anche con le altre UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio.	1	2	3	4	5
b.7 CAPACITA' DI INNOVAZIONE Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
b.8 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta	1	2	3	4	5
b.9 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE b. 9.1. Per i Responsabili U.O.S.:Capacità di individuare le specifiche competenze dei propri collaboratori, di valorizzarle attraverso l'attribuzione di specifici compiti e obiettivi, nonché di differenziare i giudizi ai fini delle valutazioni. b.9.2 Per la Dirigenza professional:capacità di individuare e valorizzare le specifiche competenze dei propri collaboratori.	1	2	3	4	5
b. 10 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Indica il grado di conoscenza delle linee strategiche aziendali e di partecipazione alla loro definizione attraverso contributi specifici	1	2	3	4	5
b. 11 GESTIONE DELLE RELAZIONI INTERNE AL GRUPPO DI LAVORO Indica il grado di autorevolezza nel determinare un clima relazionale di collaborazione nell'U.O.	1	2	3	4	5
b. 12 GESTIONE DEI CONFLITTI Indica la capacità di prevenire e gestire gli eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della struttura che con altre strutture	1	2	3	4	5

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 15/100

Qualità del contributo alla performance generale della struttura					
c.1 CONTRIBUTO AL CICLO DELLA PERFORMANCE Indica il grado di responsabilità nella programmazione e gestione degli obiettivi annuali assegnati all'Unità Operativa	1	2	3	4	5
c. 2 CONTRIBUTI AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica il grado di partecipazione e coordinamento del processo di sviluppo e miglioramento delle attività dell'unità operativa	1	2	3	4	5
c. 3 CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio	1	2	3	4	5
<i>Punteggio area C</i>					0,00

"Allegato A"

Scheda di valutazione anno _____
Area Comparto

Nome e Cognome:	Matr.
Profilo Professionale/Qualifica	
Distretto/Dipartimento/Presidio :	
Unità Operativa Complessa:	
Unità Operativa Semplice:	

Assegnazione degli obiettivi in data ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

- dato atto dell'avvenuta assegnazione degli obiettivi individuali annuali a cascata e del monitoraggio in itinere degli stessi;

- tenuto conto dei comportamenti generali, delle competenze professionali e della qualità del contributo del valutato alla performance dell'U.O.;

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

PUNTEGGIO AREA A) Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo	0,00
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali e competenze professionali	0,00
PUNTEGGIO AREA C) Qualità del contributo alla performance dell'Unità Operativa	0,00
TOTALE*	0

* La valutazione è positiva se il punteggio è superiore o uguale a 21

Feed Back del valutato (commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta):

--

Colloquio di valutazione finale con il valutato è stato effettuato il ___/___/___

Timbro e firma del Responsabile UOS _____

Timbro e firma del Direttore UOC/Macrostruttura _____

Firma del valutato _____

"Allegato A"

AREA A - peso 30/100

Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo

Descrizione degli obiettivi assegnati e definizione del valore atteso	Peso obiettivo*	% ragg. obiettivo	Punteggio
a.1	0	0	0
a.2	0	0	0
a.3	0	0	0

Punteggio area A

0,00

(*) ATTENZIONE: il totale dei pesi degli obiettivi a.1, a.2 e a.3 deve essere uguale al peso area A

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 50/100

Comportamenti generali e competenze professionali

b.1 COMPETENZE TECNICHE PROFESSIONALI Indica la capacità di svolgere la propria attività con competenza ed efficienza in relazione alla propria qualifica professionale.	1	2	3	4	5
b.2 AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ Indica il grado di autonomia nell'affrontare e risolvere i problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nell'agire il proprio ruolo.	1	2	3	4	5
b.3 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di formulare adeguate risposte e possibili soluzioni alle necessità e ai bisogni dell'utenza, programmando ed espletando la propria attività in funzione di quest'ultima	1	2	3	4	5
b.4 RELAZIONE CON I COLLEGHI Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
b.5 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto agli impegni assunti.	1	2	3	4	5
b.6 FLESSIBILITÀ Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione o dei compiti.	1	2	3	4	5
b.7 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso l'autoformazione e l'aggiornamento.	1	2	3	4	5
b.8 RAPPORTO CON L'UTENZA Indica il grado di cortesia e disponibilità nella risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 20/100

Qualità del contributo alla performance dell'Unità Operativa					
c.1 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica il grado di partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento delle attività dell'unità operativa cui è assegnato	1	2	3	4	5
c.2 CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche messe in atto nella gestione delle attività di servizio	1	2	3	4	5
<i>Punteggio area C</i>				0,00	

Allegato 3 - Obiettivi di Salute e di Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019-2020” (documento dell’Assessorato Regionale della Salute)

ALLEGATO 3

OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019-2020

(documento dell’Assessorato Regionale della Salute)



Allegato A

OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 - 2020

II SISTEMA OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO dei SERVIZI per il PERIODO 2019 - 2020

Gli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi, assegnati per il biennio 2019 - 2020 fanno riferimento ai seguenti ambiti:

1. Screening
2. Esiti
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento
6. Donazione organi
7. Prescrizione in modalità dematerializzata
8. Fascicolo Sanitario Elettronico
9. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)
10. Piani di efficientamento e riqualificazione (P.E.R.)
11. Piani Attuativi Aziendali (P.A.A.)

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi è fissata al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza dell'incarico ai sensi dell'art.20, comma 6, della L.r. n.5/09.

La quota integrativa del trattamento economico è corrisposta proporzionalmente ai risultati raggiunti (es. un raggiungimento degli obiettivi al 80% comporterà la corresponsione della quota integrativa nella misura del 80% della stessa). Peraltro, ai sensi di quanto disposto dalla legge 145 del 30 dicembre 2018, il non rispetto dei termini di pagamento previsti dalla normativa vigente inciderà sul riconoscimento della indennità di risultato fino ad un massimo del 30%

Qualora il raggiungimento di un obiettivo dovesse essere impedito da cause non imputabili alla responsabilità del Direttore Generale, a seguito della presentazione della documentazione idonea a certificare tale evenienza e in seguito alle opportune verifiche, l'obiettivo verrà rivisto dall'Assessorato e, se del caso, rimodulato.

Il monitoraggio degli obiettivi contrattuali di salute e funzionamento dei servizi è articolato in 3 incontri nei mesi di aprile, settembre e dicembre, con le Aziende, che produrranno preventivamente specifici report di avanzamento.

Il presente documento contiene una descrizione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e dei sub-obiettivi che li compongono. Di seguito è riportato un quadro sinottico con la

distribuzione dei 100 punti per i singoli obiettivi, e sono esplicitate per ciascun obiettivo e sub-obiettivo le modalità di valutazione/misurazione (criteri e indicatori), il valore atteso e il relativo punteggio.

		Peso ASP	Peso AO AOU
1. Screening oncologici	• tumore della cervice uterina	3	1
	• tumore della mammella	3	1
	• tumore del colon retto	3	1
2. Esiti	• Frattura del femore	5	5
	• Parti cesarei	5	5
	• Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	5	5
	• Colectomia laparoscopica	5	5
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10	10
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		10	10
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento		10	10
6. Donazione organi		3	9
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata		5	7
8. Fascicolo Sanitario Elettronico		5	10
9. Percorso di Certificabilità		5	5
10. Piani di efficientamento e riqualificazione		-	5
11. Piani Attuativi Aziendali	• Area Sanità pubblica e prevenzione	5	-
	• Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti	9	9
	• Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	9	2
TOTALE PUNTEGGIO		100	100

OBIETTIVO 1: Screening	
Referente obiettivo: DASOE - U.O. 9.2	
DESCRIZIONE	<p>Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.</p> <p>Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).</p> <p>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.</p> <p>Per calcolare la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle ASP sarà utilizzato l'indicatore della griglia LEA«n. di test eseguiti/popolazione target», che tiene conto sia dell'estensione che dell'adesione.</p> <p>Nel caso delle AO (come pure delle ASP) sarà utilizzato l'adempimento alle prescrizioni della Circolare n. 5 del 16.3.2016e della Circolare n. 18 del 4.10.2018, nonché del Piano Regionale Della Prevenzione.</p>
PUNTEGGIO ASP e AO	<p>9 PUNTI (3 per ogni screening) per le ASP</p> <p>3 PUNTI (1 per ogni screening) per le AO</p>
NOTA	<p>Per il calcolo della popolazione target si fa riferimento al dato ISTAT, diviso 3 per il tumore della cervice uterina, e diviso 2 per il tumore della mammella e del colon retto.</p>

OBIETTIVO 1: Screening oncologici

Referente obiettivo: DASOE - U.O. 9.2

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening e del sistema di sorveglianza PASSI mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore in Sicilia rispetto alla media del Paese. Nel 2010 il CCM ha approvato il "Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Sicilia" presentato dalla Regione nel 2009, consentendo così alla Regione Siciliana di implementare lo sviluppo degli screening a valere sui finanziamenti dedicati.

Grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento rispetto alla situazione di partenza, ma non sono stati ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti, pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione reale dei programmi di screening e l'adesione della popolazione bersaglio.

Con la **Circolare Assessoriale n. 5 del 16.3.2016**, pubblicata sulla GURS n. 14 dell'1.4.2016, e con la **Circolare Assessoriale n. 18 del 4.10.2018**, pubblicata sulla GURS n. 45 del 19.10.2018, sono state sottolineate le azioni necessarie ad ottenere il potenziamento degli screening oncologici, in accordo al **Piano Regionale della Prevenzione**.

INDICATORI	<p>ASP</p> <p>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).</p> <p>La popolazione target annuale è:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per lo screening del cervicocarcinoma, donne residenti 25-64 anni (dato ISTAT) / 3 (il test va fatto ogni 3 anni); - per lo screening del tumore della mammella, donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2 anni); - per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2 anni). <p>Dalla popolazione target possono essere sottratte le persone con motivi, certificati dal MMG o eventualmente dai Registri Tumori, di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per lo screening del cervicocarcinoma, donne isterectomizzate o con diagnosi di cervicocarcinoma da meno di 5 anni; - per lo screening del tumore della mammella, donne con mastectomia totale o con diagnosi di tumore della mammella da meno di 5 anni; - per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne con malattia infiammatoria del colon (M. di Chron e rettocolite ulcerosa), con colectomia totale o con diagnosi di tumore del colonretto da meno di 5 anni. <p>Oltre all'obiettivo di risultato vanno raggiunti anche gli obiettivi di processo contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione e nelle Circolari citate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP (SI/NO)
-------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento e collaborazione MMG (% MMG con pulizia liste) - Aggiornamento banca dati anagrafica (SI/NO) - Presenza PDTA per ogni screening (SI/NO) - Utilizzo HPV-DNA come test primario (SI/NO) <p>AO</p> <p>Gli indicatori esprimono la collaborazione con le ASP per il raggiungimento del risultato e sono riportati nelle Circolari citate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP - Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening - Esecuzione delle prestazioni di approfondimento richieste dalla ASP - Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening
<p>VALORI OBIETTIVO</p>	<p>ASP</p> <p>Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il 100% di estensione su tutti e 3 gli screening, con il 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e il 60% per il tumore della mammella; ne consegue che i relativi indicatori LEA (che si ottengono moltiplicando adesione per estensione) sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e 60% per il tumore della mammella.</p> <p>AO</p> <p>Primo e secondo indicatore SI, terzo e quarto indicatore 100%.</p>
<p>SCALA</p>	<p>ASP</p> <p>Per ogni screening: Indicatore LEA <5% = 0 5-9% = 1 10-14% = 2 15-19% = 3 20-24% = 4 25-29% = 5 30-34% = 6 35-39% = 7 40-44% = 8 45-49% = 9 50+% = 10</p> <p>Il massimo punteggio ottenibile è quindi 30, e in rapporto alla percentuale di 30 raggiunta saranno assegnati in proporzione i 9 punti.</p>



	<p>Il punteggio ottenuto tramite indicatore LEA sarà proporzionalmente aumentato (comunque fino a un massimo di 9) o ridotto in relazione al raggiungimento o meno degli obiettivi di processo: punti 0,5 per il primo, il terzo e il quarto, punti 2 (ridotti in proporzione alla percentuale di raggiungimento) per il secondo e punti 1 per il quinto (ridotto se non coperto tutto il territorio di competenza).</p> <p>AO</p> <p>Primo e secondo indicatore: 1 Si, 0 NO</p> <p>Terzo indicatore 1 punto, quarto indicatore 2 punti, entrambi in proporzione alla percentuale di raggiungimento.</p>
<p>TRACKING</p>	<p>ASP</p> <p>Monitoraggio con periodicità quadrimestrale attraverso l'invio da parte delle ASP dei files nominativi individuali, contenenti dati anagrafici, data di invito al test ed esecuzione del test, prodotti dai programmi gestionali degli screening – Relazione – Accertamenti ispettivi.</p> <p>AO</p> <p>Relazione di AO e corrispondente ASP sull'utilizzo del programma gestionale da parte dell'AO, sulla presenza del referente clinico, sul numero di prestazioni richieste e fornite, sulla completezza dei dati registrati per i casi inviati per approfondimento e terapia – Accertamenti ispettivi.</p>

OBIETTIVO 2: Esiti	
Referente Assessorato	DASOE – Servizio 9
DESCRIZIONE	<p>La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione a partire dagli anni 2011 di obiettivi operativi misurabili tramite indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE). Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il periodo in esame di continuare ad impiegare i quattro sub obiettivi utilizzati in precedenza</p> <p>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;</p> <p>2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;</p> <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>2.4 Colectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.</p>
PUNTEGGIO ASP e AO	20 (5 per ogni sub obiettivo)

SUB-OBIETTIVI E INDICATORI

SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9

Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.

Poiché le SDO, ad oggi disponibili non presentano caratteristiche di validità tali da garantire l'ora del ricovero, **quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento** (entro un intervallo ricovero/intervento di 0-2 giorni* - cfr Note).

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). (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
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 proxy <i>intervallo 0-2 giorni</i> in quanto il flusso informativo SDO non presenta caratteristiche di validità tali da rilevare l'informazione sul tempo espresso in minuti.

	<p>** Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).</p> <p>Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)</p>
--	--

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.1

INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE NELL'ANZIANO EFFETTUATO ENTRO UN INTERVALLO DI 0-2 GIORNI

- Definizione

Per struttura di ricovero o area di residenza: *proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro un intervallo temporale di 0-2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.*

- Fonti informative

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- Intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2019 – 31 dicembre 2020;
- Intervallo di tempo libero da intervento ("t"), definito a partire dalla data di primo accesso in ospedale del paziente, corrispondente alla data di ricovero per frattura del collo del femore. Il limite massimo dell'intervallo è fissato a 30 giorni.
- Intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di primo accesso.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2019 ed il 31 dicembre 2020.

Criteri di esclusione

- ricoveri preceduti da un ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti;
- ricoveri di pazienti di età inferiore a 65 anni e superiore a 100;
- ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- ricoveri per trasferimento da altra struttura;
- ricoveri di politraumatizzati: DRG 484-487;
- ricoveri di pazienti ammessi direttamente in reparto di rianimazione o terapia intensiva;
- ricoveri di pazienti deceduti entro le 48 ore senza intervento (differenza tra data di morte e data di ingresso in ospedale uguale a 0-1 giorno)*
- ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9, V10) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti.

* si assume che la compromissione clinico-funzionale di questi pazienti sia tale da rendere incompatibile un eventuale intervento chirurgico

Interventi in studio

Sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55).

Definizione di esito

L'esito in studio è l'intervento chirurgico entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni) a seguito di frattura del collo del femore. L'esito viene attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero indice.

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche"

I fattori utilizzati nella procedura di *riskadjustment* comprendono: il genere, l'età ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nel ricovero in esame (ricovero indice) e in tutti i precedenti ricoveri.

Fattore di rischio	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Diabete		250.1-250.9
Deficienze nutrizionali	260-263, 783.2, 799.4	260-263, 783.2, 799.4
Obesità	278.0	278.0
Malattie ematologiche	280-285, 288, 289	280-285, 288, 289
Demenza compreso Alzheimer	290.0-290.4, 294.1, 331.0	290.0-290.4, 294.1, 331.0
Parkinson	332	332
Emiplegia e altre paralisi	342, 344	342, 344
Ipertensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414
Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444), 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Artrite reumatoide	714	714

SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun progresso cesareo)	
Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9	
La Regione Siciliana è riuscita nell'ultimo quinquennio a ridurre significativamente il ricorso alla procedura di Taglio cesareo al fine di rendere sempre più appropriata e allineata a parametri e evidenze nazionali e internazionali la pratica clinica di assistenza riferita al momento del parto.	
INDICATORE	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun progresso cesareo** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
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 <i>auditing</i> 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). Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.2

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

- Definizione

Per struttura di ricovero: numero di tagli cesarei primari per 100 parti.

-Numeratore

Numero di parti cesarei primari.

- Denominatore

Numero totale di parti con nessun pregresso cesareo.

L'indicatore è costruito sui parti cesarei primari, definiti come cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo; la proporzione di parti con taglio cesareo primario è calcolata con la seguente formula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ parti cesarei primari}}{N^{\circ} \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$$

- Fonti informative

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2019 e il 31 dicembre 2020
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutte le dimissioni delle donne che hanno partorito in un ospedale della regione tra il 1 gennaio 2018 e il 31 dicembre 2020 (DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx o 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99).

Criteri di esclusione

- tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi 654.2 nel ricovero per parto, codici di diagnosi 654.2 e di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti];
- tutte le dimissioni di donne non residenti nella regione;
- tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni;
- tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice:

nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)].

Definizione dell'esito

L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9-CM di diagnosi 669.7, o codici di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.

Identificazione di potenziali fattori di rischio per il cesareo

Tra i potenziali fattori di rischio per il cesareo, utilizzabili ai fini del *riskadjustment*, diverse variabili relative alla madre e, in alcuni casi, al feto, possono essere estratte dalla SDO materna.

Tra i potenziali fattori di rischio sono presi in considerazione:

- caratteristiche sociodemografiche: età materna [classi di età: ≤17, 18-24, 25-28, 29-33 (riferimento), 34-38, ≥39]., cittadinanza della madre [variabile da SDO].

Comorbidità della madre*/fattori relativi al feto derivabili dalla SDO materna

Vengono recuperate le informazioni delle diagnosi nel ricovero per parto e in tutti i precedenti ricoveri effettuati nei due anni precedenti.

I codici ICD-9CM sono ricercati in diagnosi principale e in qualsiasi campo di diagnosi secondaria.

Fattore di rischio	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero per parto	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0-208.9, V10	140.0-208.9, V10
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1), 648.2	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Malattie cardiache	390-398, 410-429	390-398, 410-429
Malattie cardiovascolari in gravidanza	648.5, 648.6	
Anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio	745-747	745-747
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	580-589	580-589
Malattia renale non specificata in gravidanza, senza menzione di ipertensione	646.2	
Malattie del collagene	710	710
HIV	042, 079.53, V08	042, 079.53, V08
Malattie della tiroide	240-246, 648.1	240-246
Diabete	250.0-250.9, 648.0	250.0-250.9

Ipertensione arteriosa	401-405, 642.0-642.3, 642.9	401-405
Eclampsia/pre-eclampsia	642.4-642.7	
BPCO		491-492, 494, 496
Asma	493	493
Fibrosi cistica	277.0	277.0
Miscellanea malattie polmonari acute	480-487, 510-514	
Miscellanea pneumopatie croniche	500-508, 515-517	500- 508, 515-517
Tubercolosi	010-018, 647.3	010-018
Herpes genitale	054.1	
Altre malattie veneree	077.98, 078.88, 079.88, 079.98, 090-099, 647.0- 647.2	
Perdita ematica antepartum /abruptio placentae/placenta previa	641	
Disordini del fegato in gravidanza	646.7	
Patologia liquido amniotico/infezione cavità amniotica	657, 658.0, 658.4	
Rottura prematura delle membrane	658.1	
Prolasso del cordone ombelicale	663.0	
Posizione e presentazione anomale del feto	652	
Sproporzione /eccessivo sviluppo del feto	653, 656.60, 656.61, 656.63	
Anomalie fetali	655	
Ritardo di crescita intrauterina	656.5, 764	
Distress fetale	656.3, 768	
Gravidanza multipla	651, V27.2 -V27.9, V31-V37, 761.5	
Isoimmunizzazione Rh	656.1	
Malattie della madre con ripercussioni sul feto o neonato	760.0, 760.1, 760.3	
Abuso di sostanze	303-305; 648.3 (escluso 648.32 e 648.34)	
Gravidanza a rischio	640, 644.0, V23.0, V23.2, V23.4, V23.5, V23.7, V23.8	
Fecondazione assistita	V26	

* Tra i fattori di rischio per il cesareo non viene presa in considerazione la distocia a causa della scarsa riproducibilità della definizione di questo fattore e perché questa diagnosi può riflettere giustificazioni successive dell'uso del cesareo.

SUB-OBIETTIVO 2.3.1 : Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	
Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9	
<p>La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio.</p> <p>Quale indicatore è stato individuato, in coerenza con i programmi nazionali di monitoraggio, la percentuale di P.T.C.A. effettuate nel giorno successivo a quello del ricovero (data di ricovero) con diagnosi certa di I.M.A. STEMI (quindi entro un intervallo massimo ricovero/intervento di 0-1 giorno).</p>	
INDICATORE	<p>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***</p> <p>(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</p>
VALORE OBIETTIVO	Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 91,8%
SCALA	<p>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.</p>
TRACKING	<p>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.</p>
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	<p>*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 <i>intervallo 0-1 giorno</i>.</p> <p>***Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).</p>

	Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)
--	--

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.3.1

PROPORZIONE DI STEMI (INFARTO MIOCARDICO CON SOPRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST) TRATTATI CON ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ENTRO UN INTERVALLO TEMPORALE DI 0-1 GIORNO

- Definizione

Per struttura di ricovero o ASP di residenza: proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno.

Si definisce episodio di STEMI un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) in cui in nessun ricovero dell'episodio sia presente una diagnosi 410.7x (infarto subendocardico) o 410.9x (infarto a sede non specificata).

L'episodio di STEMI è costituito da tutti i ricoveri ospedalieri avvenuti entro 4 settimane dalla data di primo ricovero per STEMI (ricovero indice).

- Numeratore

Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA e in cui la differenza tra data della procedura e data di primo accesso risulta compresa tra 0 e 1 giorno.

- Denominatore

Numero di episodi di STEMI.

- Fonti informative

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2019 – 31 dicembre 2020;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di primo accesso.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2019 ed il 31 dicembre 2020, e con diagnosi principale di IMA (ICD-9-CM 410.xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in secondaria. Le diagnosi principali compatibili con la diagnosi di infarto, comprese complicanze legate a procedura, sono elencate nella tabella seguente:

Codice ICD-9-CM

411
413
414
423.0

Condizione

Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica
Angina pectoris
Altre forme di cardiopatia ischemica cronica
Emopericardio

426	Disturbi della conduzione
427, escluso 427.5	Aritmie cardiache
428	Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)
429.5	Rottura di corda tendinea
429.6	Rottura di muscolo papillare
429.71	Difetto settale acquisito
429.79	Altri postumi di IMA non classificati altrove (Trombo murale acquisito)
429.81	Altre alterazioni del muscolo papillare
518.4	Edema polmonare acuto, non specificato
518.81	Insufficienza respiratoria acuta
780.01	Coma
780.2	Sincope e collasso
785.51	Shock cardiogeno
799.1	Collasso respiratorio
997.02	Infarto o emorragia cerebrovascolare iatrogena (stroke postoperatorio)
998.2	Perforazione accidentale da catetere

Criteria consecutivi di esclusione

- 1) ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- 2) ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;
- 3) ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore e dimissione a domicilio o contro il parere del medico;
- 4) ricoveri preceduti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi di IMA;
- 5) ricoveri per trasferimento da altra struttura
- 6) episodi di IMA in cui compaia una diagnosi 410.7x o 410.9x in almeno un ricovero dell'episodio.

Definizione ed attribuzione dell'esito

L'esito è l'esecuzione della PTCA entro 48 ore dalla data di ammissione del ricovero indice (codici ICD-9-CM in qualsiasi campo di procedura: 00.66, 36.01, 36.02, 36.05, 36.06, 36.07). L'esito viene attribuito alla prima struttura a cui ha avuto accesso il paziente con IMA (struttura in cui è avvenuto il ricovero indice).

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche" e di condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di *riskadjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nell'episodio di STEMI – e in tutti i precedenti ricoveri.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nell'episodio di IMA	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0–208.9, V10	140.0–208.9, V10
Diabete		250.0-250.9
Disturbi metabolismo lipidico		272
Obesità	278.0	278.0
Malattie ematologiche	280-285, 288, 289	280-285, 288, 289
Ipertensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414

Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3 V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444) , 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1- 577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Pregresso bypass aortocoronarico	V45.81	V45.81, 36.1
Pregressa angioplastica coronarica	V45.82	V45.82, 00.66, 36.0
Rivascolarizzazione cerebrovascolare		00.61, 00.62, 38.01, 38.02, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32
Altro intervento sul cuore		35, 37.0, 37.1, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.9
Altro intervento sui vasi		38-39.5, esclusi: 38.01, 38.02, 38.5, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32, 38.93

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

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9

La colelitiasi è una condizione molto diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'infezione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite. La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto.

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.** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
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). Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.4

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE 3 GIORNI

PROTOCOLLO OPERATIVO

- Definizione

Per struttura di ricovero o ASP di residenza: *proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.*

- Numeratore

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni.

- Denominatore

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.

- Fonti informative

Le fonti dei dati sono le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2019 – 31 dicembre 2020;
- degenza post-operatoria, definita come differenza tra la data di dimissione e la data dell'intervento di colecistectomia laparoscopica;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di ricovero.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario e Day Hospital, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2019 ed il 31 dicembre 2020, con il codice ICD-9-CM di intervento 51.23 in qualunque posizione e con diagnosi principale o secondaria di litiasi della colecisti e del dotto biliare (codici ICD-9-CM 574 in diagnosi principale o 575 in diagnosi principale E 574 in diagnosi secondaria).

Criteri di esclusione

- ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- ricoveri di persone di età inferiore ai 18 anni e superiore a 100;
- ricoveri con diagnosi di trauma (codici ICD-9-CM 800-897);
- ricoveri con DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384 (gravidanza, puerperio, parto);
- ricoveri con diagnosi di tumore maligno dell'apparato digerente e del peritoneo (ICD-9-CM 150-159);
- ricoveri in cui il paziente viene dimesso deceduto;
- ricoveri in cui il paziente viene trasferito ad altro ospedale;
- ricoveri con i seguenti interventi addominali:

Codice ICD-9-CMprocedura

Descrizione

Interventi sullo stomaco

43.5	Gastrectomia parziale con anastomosi esofagea
43.6	Gastrectomia parziale con anastomosi duodenale
43.7	Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale
43.8	Altra gastrectomia parziale
43.9	Gastrectomia totale
44.31	Bypass gastrico alto
44.39	Altra gastroenterostomia senza gastrectomia
44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI
44.41	Sutura di ulcera gastrica
44.42	Sutura di ulcera duodenale
44.5	Revisione di anastomosi gastrica
44.61	Sutura di lacerazione dello stomaco
44.63	Chiusura di altra fistola gastrica
44.64	Gastropessi
44.65	Esofagogastroplastica
44.69	Altra riparazione dello stomaco

Interventi su duodeno e intestino tenue

45.31	Asportazione locale di lesione del duodeno
45.32	Altra asportazione di lesione del duodeno
45.33	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino tenue eccetto il duodeno
45.34	Altra demolizione di lesione dell'intestino tenue eccetto il duodeno
45.50	Isolamento di segmento intestinale, SAI
45.51	Isolamento di segmento dell'intestino tenue
45.6	Altra asportazione dell'intestino tenue
45.9	Anastomosi intestinale, SAI
45.91	Anastomosi intestinale tenue-tenue
45.92	Anastomosi dell'intestino tenue al moncone rettale
45.93	Altra anastomosi intestinale tenue-crasso
46.01	Esteriorizzazione dell'intestino tenue
46.02	Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino tenue
46.60	Fissazione di intestino SAI
46.61	Fissazione di intestino tenue alla parete addominale
46.62	Altra fissazione dell'intestino tenue
46.71	Sutura di lacerazione del duodeno
46.72	Chiusura di fistola del duodeno
46.73	Sutura di lacerazione dell'intestino tenue eccetto il duodeno
46.74	Chiusura di fistola dell'intestino tenue, eccetto il duodeno
46.80	Manipolazione intraaddominale dell'intestino, non altrimenti specificato
46.81	Manipolazione intraaddominale dell'intestino tenue
46.93	Revisione di anastomosi dell'intestino tenue
46.97	Trapianto dell'intestino

Interventi sul fegato

50.2	Asportazione o demolizione locale di tessuti o lesioni del fegato
50.3	Lobectomia del fegato
50.4	Epatectomia totale

50.5	Trapianto del fegato
50.6	Riparazione del fegato
<u>Interventi sul pancreas</u>	
52.22	Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico
52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatiche
52.4	Drenaggio interno di cisti pancreatiche
52.5	Pancreatectomia parziale
52.6	Pancreatectomia totale
52.7	Pancreaticoduodenectomia radicale
52.8	Trapianto del pancreas
52.95	Altra riparazione del pancreas
52.96	Anastomosi del pancreas
<u>Interventi per ernia parete addominale</u>	
53.4	Riparazione di ernia ombelicale
53.5	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore (senza innesto o protesi)
53.6	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con innesto o protesi
53.7	Riparazione di ernia diaframmatica, per via addominale
<u>Interventi sul peritoneo</u>	
54.4	Asportazione o demolizione di tessuto peritoneale
54.5	Lisi di aderenze peritoneali
54.6	Sutura della parete addominale e del peritoneo
54.7	Altra riparazione della parete addominale e del peritoneo
<u>Interventi su intestino crasso</u>	
45.41	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso
45.49	Altra asportazione di lesione dell'intestino crasso
45.7	Asportazione parziale dell'intestino crasso
45.8	Colectomia totale intraaddominale
45.94	Anastomosi intestinale crasso-crasso
46.03	Esteriorizzazione dell'intestino crasso
46.04	Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino crasso
46.63	Fissazione dell'intestino crasso alla parete addominale
46.64	Altra fissazione dell'intestino crasso
46.75	Sutura di lacerazione dell'intestino crasso
46.76	Chiusura di fistola dell'intestino crasso
46.79	Altra riparazione dell'intestino
<u>Altri interventi addominali</u>	
55.4	Nefrectomia parziale
55.5	Nefrectomia
56.2	Ureterotomia
56.4	Ureterectomia
57.1	Cistotomia e cistostomia
57.6	Cistectomia parziale
57.7	Cistectomia totale
65.3	Ovariectomia monolaterale
65.4	Salpingo-ovariectomia monolaterale
65.5	Ovariectomia bilaterale
65.6	Salpingo-ovariectomia bilaterale

66.4	Salpingectomia totale monolaterale
66.5	Salpingectomia totale bilaterale
68.3	Isterectomia addominale subtotale
68.4	Isterectomia addominale totale
68.6	Isterectomia addominale radicale
68.8	Eviscerazione pelvica

Definizione dell'esito

L'esito è l'intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Definizione della gravità clinica della colelitiasi

La gravità clinica della colelitiasi è suddivisa in 4 categorie:

A. Calcolosi semplice (senza complicanze) sia della colecisti sia del dotto biliare

Codice ICD-9-CM diagnosi

Descrizione

574.20	Calcolosi della colecisti senza colecistite senza ostruzione (calcolosi colecisti semplice)
574.50	Calcolosi del dotto biliare senza colecistite senza ostruzione (calcolosi dotto biliare semplice)
574.90	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare senza colecistite senza ostruzione (calcolosi colecisti e dotto biliare semplice)

B. Calcolosi con colecistite senza ostruzione

Codice ICD-9-CM diagnosi

Descrizione

574.10	Calcolosi della colecisti con altra colecistite senza ostruzione
574.40	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
574.70	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
575.1 + 574.20	Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
575.1 + 574.50	Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
575.1 + 574.90	Altra colecistite + Calcolosi colecisti e dotto biliare semplice
574.00	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
574.30	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.60	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.80	Calcolosi colecisti e dotto biliare con colecistite acuta e cronica senza ostruzione
575.0 + 574.20	Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
575.0 + 574.50	Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
575.0 + 574.90	Colecistite acuta + Calcolosi colecisti e dotto biliare semplice
576.1 + 574.20	Colangite + Calcolosi colecisti semplice
576.1 + 574.50	Colangite + Calcolosi dotto biliare semplice
576.1 + 574.90	Colangite + Calcolosi colecisti e dotto biliare semplice

C. Calcolosi con complicanza ostruttiva senza colecistite

Codice ICD-9-CM diagnosi	Descrizione
574.21 ostruzione	Calcolosi della colecisti senza colecistite con ostruzione
574.51	Calcolosi del dotto biliare senza colecistite con ostruzione
574.91	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare senza colecistite con ostruzione
575.2 + (574.20 o 574.50 o 574.90) senza	Ostruzione della colecisti + Calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare colecistite senza ostruzione
576.2 + (574.20 o 574.50 o 574.90) senza	Ostruzione del dotto biliare + Calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare colecistite senza ostruzione
575.3	Idrope della colecisti

D. Calcolosi con complicanza sia infiammatoria sia ostruttiva

Codice ICD-9-CM diagnosi	Descrizione
574.01	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta e con ostruzione
574.11	Calcolosi della colecistiti con altra colecistite e con ostruzione
574.31	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta e con ostruzione
574.41	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite e con ostruzione
574.61	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e con ostruzione
574.71	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite e con ostruzione
574.81	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica con ostruzione
575.2, <i>in presenza di una delle seguenti:</i>	Ostruzione della colecisti
574.00	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.20	Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
575.1 + 574.20	Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
574.30	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.50	Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
575.1 + 574.50	Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
574.60	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.70	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
574.80	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica senza ostruzione
576.2, <i>in presenza di una delle seguenti:</i>	Ostruzione del dotto biliare

574.00	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.20	Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
575.1 + 574.20	Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
574.30	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.50	Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
575.1 + 574.50	Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
574.60	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.70	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
574.80	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica senza ostruzione

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti “croniche” e di condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di *riskadjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età, la gravità della colelitiasi ed una serie di comorbidità (vedi elenco 1) e pregressi interventi sull'addome superiore (vedi elenco 2) ricercati nel ricovero per colecistectomia (ricovero indice) e/o in tutti i ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti.

1) COMORBILITÀ

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri/
Tumori maligni		140.0–208.9, V10
Diabete		250
Obesità	278	278.0
Malattie ematologiche	280-286, 287.1, 287.3-287.5, 288, 289	280-286, 287.1, 287.3-287.5, 288, 289
Ipertensione arteriosa		401-405
Cardiopatia ischemica		410-414, 429.7
Pregressa rivascolarizzazione	V45.81, V45.82	V45.81, V45.82, 36.0, 36.1, 00.66
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Scompenso cardiaco		428
Altre malattie cardiache	393-398, 425, 093.2, 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	391, 393-398, 420-425, 429.0-429.9, 093.2, 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-438

Malattie vascolari	440, 441.0, 441.2, 441.4, 441.7, 441.9, 442, 443, 446, 447, 448, 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) o insufficienza respiratoria		490-496, 518.81, 518.82
Nefropatie croniche	582, 583, 585-588	582, 583, 585-588, V42.0, V45.1, V56
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571, 572, 577.1-577.9	571, 572, 577.1-577.9

2) PREGRESSO INTERVENTO SULL'ADDOME SUPERIORE (sono esclusi colon, retto e ano)

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Presenza di gastrostomia	V44.1	
Assenza acquisita di stomaco	V45.75	
Controllo di gastrostomia	V55.1	
Presenza di ileostomia	V44.2	
Presenza di altra apertura artificiale dell'apparato digerente	V44.4	
Presenza postchirurgica di anastomosi o derivazione intestinale	V45.3	
Assenza acquisita di intestino (crasso, tenue)	V45.72	
Collocazione e sistemazione di ileostomia o altro dispositivo intestinale	V53.5	
Controllo di ileostomia	V55.2	
Controllo di colostomia	V55.3	
Controllo di altra apertura artificiale dell'apparato digerente	V55.4	
Intestino sostituito da trapianto	V42.84	
Fegato sostituito da trapianto	V42.7	
Pancreas sostituito da trapianto	V42.83	
<i><u>Intev. sullo stomaco e duodeno</u></i>		
Gastrectomia parziale con anastomosi esofagea		43.5
Gastrectomia parziale con anastomosi duodenale		43.6
Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale		43.7
Altra gastrectomia parziale		43.8
Gastrectomia totale		43.9

Bypass gastrico alto	44.31
Altra gastroenterostomia senza gastrectomia	44.39
Sutura di ulcera peptica, SAI	44.40
Sutura di ulcera gastrica	44.41
Sutura di ulcera duodenale	44.42
Revisione di anastomosi gastrica	44.5
Sutura di lacerazione dello stomaco	44.61
Chiusura di altra fistola gastrica	44.63
Gastropessi	44.64

OBIETTIVO 3 : Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA	
Referente obiettivo: DASOE - Servizio 8	
<p>La Regione Siciliana provvederà ad adottare il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) entro 60 giorni dalla stipula dell’Intesa Stato Regioni sul Piano Nazionale Governo delle Liste d’Attesa 2019-2021 (PNGLA). Entro 60 giorni dall’adozione del PRGLA, le Aziende Sanitarie provvederanno ad adottare i propri Programmi Attuativi Aziendali, in coerenza con quanto definito in ambito regionale.</p> <p>Attraverso questo obiettivo l’Assessorato della Salute effettuerà il monitoraggio della garanzia dei tempi di attesa e degli interventi attuati dalle Aziende Sanitarie nell’ambito Programma Attuativo Aziendale.</p> <p>Nel PRGLA saranno considerati i seguenti monitoraggi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali ▪ Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali ▪ Monitoraggio ex post delle attività di ricovero ▪ Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione; ▪ Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa; ▪ Monitoraggio dell’effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP; ▪ Monitoraggio dell’utilizzo del modello dei “Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO” per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda. Il modello RAO: i) prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; ii) indica i criteri clinici per l’accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale “Procedura gestionale per l’applicazione del modello RAO” già condiviso dalla Regione Siciliana. 	
INDICATORI	Gli indicatori per la valutazione dell’obiettivo saranno riportati nel PRGLA 2019-2021 nella sezione dedicata.
VALORI OBIETTIVO	Come sopra i valori obiettivo saranno riportati nel PRGLA 2019-2021 nella sezione dedicata.
SCALA	Come sopra sarà riportata nel PRGLA 2019-2021.
TRACKING	- Monitoraggio intermedio ed a fine mandato
PUNTEGGIO	10

OBIETTIVO 4 : *garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR***Referente obiettivo: DASOE - Servizio 8****L'obiettivo viene declinato in due sub obiettivi:****4.1) Punti nascita**

Al fine di incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita della Regione Sicilia, è stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato – Regioni del 16 dicembre 2010 e al Decreto Assessoriale 2536 del 2 dicembre 2011 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita".

Le Aziende sanitarie con Punto Nascita dovranno garantire il raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist. I dati dovranno essere inseriti sulla piattaforma qualitasiciliassr. Saranno effettuate verifiche a campione sulla congruità dei dati inseriti.

4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali

Al fine di monitorare le modalità organizzative predisposte per migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e di 2° livello (come previsto dal Accordo CSR 16/12/2010, recepito dal DA 2/12/2011 e s.m.i.) sono stati previsti indicatori di monitoraggio dedicati:

a) nei PN senza UTIN

- Garantire che venga data assistenza alla gravidanza e al parto esclusivamente a partire da età gestazionale \geq a 34 settimane compiute.
- Se con età gestazione inferiore a 34 settimane ricovero inferiore a 24 ore (appropriatezza organizzativa)
- Garantire la corretta selezione della tipologia e del livello assistenziale della casistica in ingresso e ridurre il tasso di trasferimento dei neonati dal punto nascita verso UTIN di riferimento

b) nei PN con UTIN

- Predisporre un modello organizzativo che contemperi appropriatezza clinica e corretto utilizzo delle risorse, attraverso il trasferimento dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura.
- Definire i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (62) e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.

<p>INDICATORI</p>	<p>4.1) Punti nascita Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist</p> <p>Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore 1 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</p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>4.2.1) Nei PN senza (TIN):</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>4.2.2) Nei PN (con TIN):</p> <p>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 <i>[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</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - 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] <p>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)</p>
<p>VALORI OBIETTIVO</p>	<p>4.1) Punti nascita</p> <p>Livello I - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 100% Soddisfamento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>Livello II - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 90% Soddisfamento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>Livello III - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 75% Soddisfamento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>4.2.1.1)0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>4.2.1.2)< 8% (Fonte SDO)</p> <p>4.2.2.1) SI</p> <p>[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</p> <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]

	<p>4.2.2.2)</p> <p><10% (2016);</p> <p>< 7% (2017)</p> <p>< 5% (2018)</p>
SCALA	<p>1) Punti nascita</p> <p>Livello I SI/NO. (SI = 100% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Nel caso di NO si passa al Livello II</p> <p>Livello II SI/NO. (SI = 90% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Nel caso di NO si passa al Livello III</p> <p>Livello III SI/NO. (SI = 75% del valore dell'obiettivo)</p> <p>Nel caso di NO l'obiettivo non è raggiunto</p> <p>L'assenza del pre-requisito non consente il raggiungimento dell'obiettivo.</p> <p>2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>SI/NO</p>
TRACKING	<p>- Monitoraggio intermedio</p> <p>- Monitoraggio finale a fine mandato</p>
PUNTEGGIO	<p>10</p> <p>4.1) Punti nascita - punteggio 5</p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali – punteggio 5</p>

Allegati:

- **Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello e dei punti nascita in deroga**
- **Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di II livello**

CHECKLIST PER LA VERIFICA DEGLI STANDARD PER LA RIORGANIZZAZIONE DEI PUNTI NASCITA DI I LIVELLO E DEI PUNTI NASCITA IN DEROGA RISPETTO AL REQUISITO MINIMO DI 500 PARTI/ANNO

INTRODUZIONE

Il presente documento contiene gli standard operativi, di sicurezza e tecnologici previsti dall’Accordo Stato Regioni e dal D.A. 2536 del 2 dicembre 2011 “Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita” che dovranno essere garantiti nei punti nascita pubblici e privati accreditati di I livello, compreso i punti nascita sottoposti a deroga rispetto al requisito minimo di 500 parti/anno.

Al fine di aumentare i livelli di qualità, sicurezza e appropriatezza nel percorso nascita la Regione ha ritenuto necessario rendere più espliciti, anche tramite il coinvolgimento del Comitato Percorso Nascita Nazionale, alcuni dei requisiti contenuti negli allegati tecnici del suddetto accordo, nonché individuare un modello organizzativo, per quanto attiene all’assistenza neonatale, che risponda maggiormente, soprattutto dal punto di vista funzionale, ai requisiti di qualità e sicurezza dell’assistenza del neonato.

A) U.O. OSTETRICIA DI I LIVELLO (nati/anno 500-1000 e punti in deroga)

Unità che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale ≥ 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto.

Il numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello legati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

Standard Operativi

parti/anno: 500 - 1000;	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate, sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, tenendo anche conto del volume di attività ginecologica; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 “Determinazione della dotazione organica dei punti nascita” pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
presenza di personale ostetrico e ginecologico h 24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico;per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 “Determinazione della dotazione organica dei punti nascita” pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>

garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 "Determinazione della dotazione organica dei punti nascita" pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24	<input type="checkbox"/>
Garantire assistenza con guardia attiva anestesiologicala H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	<input type="checkbox"/>
Garantire assistenza con guardia attiva pediatrico/neonatologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti due sale travaglio - parto; Le sale travaglio-parto (riferimento LG ISPEL) devono essere 3 se il numero dei parti >1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno;	<input type="checkbox"/>
una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPEL);	<input type="checkbox"/>
area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;	<input type="checkbox"/>
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);	<input type="checkbox"/>
garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24; anche con pronta disponibilita' del personale addetto;deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione	<input type="checkbox"/>

* Il Comitato Percorso Nascita Nazionale ha espresso un parere tecnico sulla necessità di Garantire assistenza con guardia attiva anestesiologicala e pediatrico/neonatologica H24 in base alla considerazione che il parto, anche in condizioni di fisiologia, può talvolta richiedere l'intervento urgente del pediatra e dell'anestesista dotati di idonee competenze per la gestione delle eventuali emergenze. Il Comitato ha raccomandato, inoltre, che tali figure professionali, in guardia attiva h24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero (nel caso di strutture articolate su più presidi) sede di Punto Nascita, partecipino periodicamente a corsi di formazione volti a mantenere la necessaria competenza clinica"

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale ≥ 34 settimane;	<input type="checkbox"/>
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24	<input type="checkbox"/>

garantire alla donna partoriente la riservatezza, la tranquillità, il riconoscimento della propria dignità, una adeguata informazione, il diritto di vivere il parto come evento naturale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta, anche attraverso la costituzione di percorsi dedicati alla gravidanza fisiologica;	<input type="checkbox"/>
garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non;	<input type="checkbox"/>
rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<input type="checkbox"/>
garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera; in ogni punto nascita deve essere garantito H24 l'immediato inizio delle manovre di rianimazione e la stabilizzazione di una donna, in travaglio o in fase puerperale, in attesa del trasferimento presso un luogo idoneo per il livello assistenziale. Deve essere disponibile inoltre un protocollo specifico per l'appropriata attivazione delle procedure in caso di necessita'	<input type="checkbox"/>
garantire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini in urgenza	<input type="checkbox"/>
essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di Il livello secondo il modello hub e spoke attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi;	<input type="checkbox"/>
provvedere al trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di Il livello;deve essere disponibile una procedura interna e una procedura condivisa con U.O. di 2° livello/STAM del bacino di riferimento	<input type="checkbox"/>
garantire il trasferimento a struttura di Il livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbisogni di terapie intensive, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N.;deve essere disponibile una procedura interna e procedure condivise con U.O. di 2° livello del bacino di riferimento	<input type="checkbox"/>

Standard di Sicurezza

Le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale sono funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio – parto - sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale - nido-rooming-in – area neonatale,preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPEL) nonchè consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	<input type="checkbox"/>
deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h 24 nel blocco travaglio parto;	<input type="checkbox"/>
per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita la possibilità di impiegare le sale parto come sale operatorie per effettuazione di cesarei nella struttura ospedaliera;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree dedicate all'accettazione ostetrica;	<input type="checkbox"/>
deve esserci disponibilità di aree utili alla gestione dell'assistenza al travaglio-parto fisiologico/naturale anche con l'ausilio di metodiche non farmacologiche per il controllo del dolore;	<input type="checkbox"/>
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine, per la gravidanza a rischio e di diagnostica per immagini in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
deve essere disponibile un servizio di rianimazione e terapia intensiva generale o un collegamento formalizzato con lo stesso attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi;	<input type="checkbox"/>
se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati	<input type="checkbox"/>

Standard Tecnologici

Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro deve essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Tab.a)Ogni 1000 parti/anno (tali indicazioni vanno adattate al volume delle prestazioni dei singoli punti nascita)

	Accettazione		Travaglio-parto		Degenza		ambulatorio	
ecografi	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Cardiotocografo (*)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Carrello emergenza	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Collegamenti fissi per aspirazione	<input type="checkbox"/>
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche	<input type="checkbox"/>

monouso	
n. 1 forcipe	<input type="checkbox"/>
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto	<input type="checkbox"/>
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo	<input type="checkbox"/>
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore	<input type="checkbox"/>
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile	<input type="checkbox"/>
n. 1 orologio con contasecondi a muro	<input type="checkbox"/>
Possibilità di sterilizzazione	<input type="checkbox"/>
n. 2 elettrocardiografi	<input type="checkbox"/>
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto.	<input type="checkbox"/>
n. 4 pompe a siringa	<input type="checkbox"/>
pompe infusione continua	<input type="checkbox"/>
n. 2 saturimetri pulsati	<input type="checkbox"/>
rilevatore Doppler portatile	<input type="checkbox"/>
n. 1 emogasanalizzatore	<input type="checkbox"/>

(*) In ogni caso 1 per ogni sala travaglio-parto.

All'interno dello stesso presidio devono essere disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche. Anche attraverso la pronta disponibilità del personale addetto ma deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione.

B) AREA NEONATALE(punti in deroga < 500 nati/anno) e U.O. NEONATOLOGIA/PEDIATRIA(> 500 nati/anno)

Area neonatale

Al fine di aumentare, soprattutto dal punto di vista funzionale, i livelli di qualità, sicurezza e appropriatezza nel percorso nascita viene introdotto un nuovo modello organizzativo per l'assistenza neonatale nei punti nascita in deroga (< 500 nati/anno) che di seguito viene denominato area neonatale, finalizzato all'incremento delle skill e dell'esperienza tenendo conto che la casistica non è di ampiezza sufficiente.

L'area neonatale assiste i neonati sani (a basso rischio) e inoltre, nelle situazioni di emergenza, garantisce la rianimazione e la stabilizzazione dei neonati in attesa di trasferimento presso il livello assistenziale appropriato. In ogni punto nascita in deroga, pertanto, deve essere garantito un luogo fisico con le idonee attrezzature dove il personale competente con le appropriate procedure possa prontamente rianimare e stabilizzare un neonato. Costituiscono elementi imprescindibili per l'implementazione di questo modello:

- la rigorosa selezione della tipologia di gravidanza ammessa al travaglio e parto che deve prevedere un valido sistema di indicatori

- il collegamento effettivo, funzionale e organizzativo con una U.O. di neonatologia/TIN (formazione dell'equipe neonatale con particolare riferimento alla gestione delle emergenze, sviluppo e mantenimento delle competenze, eventuale rotazione personale)

La responsabilità organizzativa e gestionale dell'area neonatale deve essere affidata ad uno specialista in pediatria con adeguata e comprovata esperienza in campo di assistenza neonatale, soprattutto per la gestione delle emergenze neonatali.

U.O. NEONATOLOGIA/PEDIATRIA (> 500 nati/anno)

Le U.O. di neonatologia assistono i neonati sani (a basso rischio) e con patologie che non richiedono ricovero in UTIN.

Il numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello pediatrico/neonatologi collegati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di punto nascita di II livello e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

Standard Operativi

Area neonatale (punti inderoga): < 500 nati/anno U.O. neonatologia/pediatria: 500 – 1000 nati/anno	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale) affidata al pediatra–neonatologo;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;	<input type="checkbox"/>
Area neonatale: 6 culle (fino a 500 nati/anno) destinate ai neonati sani; U.O. Neonatologia/Pediatria: 15 culle(500 - 1000 nati/anno) destinate ai neonati sani;	<input type="checkbox"/>
garantire la guardia attiva h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto con, nelle situazioni di emergenza, collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio ;	<input type="checkbox"/>
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.	<input type="checkbox"/>
garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel I° livello di ostetricia per le situazioni di emergenza;	<input type="checkbox"/>

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

garantire l'assistenza in sala parto, fin dalla nascita, con garanzia di rianimazione primaria neonatale h24 con eventuale collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio ove necessario;	<input type="checkbox"/>
garantire l'osservazione transizionale post-parto;	<input type="checkbox"/>
Nelle aree neonatali garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥34 settimane e prevedere connessione funzionale e organizzativa con U.O. di Neonatologia/TIN	<input type="checkbox"/>



Nelle U.O. di neonatologia/pediatria garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e ai neonati che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi.	<input type="checkbox"/>
garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento;	<input type="checkbox"/>
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento dello S.T.E.N., nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da quest'ultimo;	<input type="checkbox"/>
garantire accoglienza ai neonati trasferiti dalla T.I.N di II livello referente per l'area: solo per i punti nascita > 1000 parti/anno (favorire una rete che si occupa di livelli di assistenziali più bassi tramite il "Back Transport") come da protocolli condivisi con U.O. di II livello;	<input type="checkbox"/>
si raccomanda l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;	<input type="checkbox"/>
favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;	<input type="checkbox"/>
garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.);	<input type="checkbox"/>
concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;	<input type="checkbox"/>
favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.	<input type="checkbox"/>

Standard di Sicurezza

Le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale devono essere funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio – parto sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale – nido rooming-in –area neonatale, preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

nell'area travaglio-parto deve essere possibile assistere contemporaneamente due neonati in area dedicata (isola neonatale) e ben identificata opportunamente attrezzata per la rianimazione neonatale e facilmente accessibile;	<input type="checkbox"/>
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	<input type="checkbox"/>
Le aree neonatali e U.O. di neonatologia devono prevedere: <ul style="list-style-type: none"> - aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia che non richiede ricovero in UTIN, con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione; - area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici; 	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> - ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc. - possibilità di accogliere i genitori senza limitazioni di orario 	
la distribuzione degli spazi di degenza puerperale deve tener conto delle esigenze minime strutturali che favoriscono la pratica del rooming-in e la promozione dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
nell'area di degenza, anche in regime di rooming-in integrale, dovranno essere predisposti spazi di degenza per neonati sani, per piccola patologia, per l'allattamento;	<input type="checkbox"/>
devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.	<input type="checkbox"/>
devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.	<input type="checkbox"/>

Standard Tecnologici

Nelle tabella sottostanti sono elencati gli standard tecnologici. Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro deve essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Isola Neonatale	2 lettini per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante;	<input type="checkbox"/>
	3 se il numero dei parti >1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno –	<input type="checkbox"/>
	2 erogatori di O2, aria compressa e sistema di aspirazione	<input type="checkbox"/>
	2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali	<input type="checkbox"/>
	2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati	<input type="checkbox"/>
	3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24	<input type="checkbox"/>
	2 saturimetro percutaneo (disponibile)	<input type="checkbox"/>
	2 misuratore P.A. (disponibile)	<input type="checkbox"/>
	3 pompa a siringa (disponibile)	<input type="checkbox"/>
	1 incubatrice da trasporto con dotazioni come da indicazioni dello S.T.E.N. per trasporto intramoenia. Per eventuali trasporti d'emergenza indicati dal responsabile dello S.T.E.N., sarà lo stesso S.T.E.N. a mettere a disposizione culle da trasporto.	<input type="checkbox"/>

Area neonatale e Neonatologia/pediatria: U.O	2 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (fino a 500 nati/anno).	<input type="checkbox"/>
	4 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (500-1000 nati/anno)	<input type="checkbox"/>
	6 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (sopra i 1000 nati/ anno)	<input type="checkbox"/>
	2 pannelli radianti	<input type="checkbox"/>
	2 lampade per fototerapia	<input type="checkbox"/>
	3 aspiratori da rete centralizzata	<input type="checkbox"/>
	3 erogatori di O2 ed aria	<input type="checkbox"/>
	1 lettore di glucosemia	<input type="checkbox"/>
	1 bilirubinometro	<input type="checkbox"/>
	3 mastosuttori	<input type="checkbox"/>
4 saturimetri percutanei	<input type="checkbox"/>	
4 pompe per microinfusione (adatte ai volumi di infusione neonatale)	<input type="checkbox"/>	

Il presidio ospedaliero deve disporre h24 di:	ecografo con sonda adatta alla diagnostica neonatale	<input type="checkbox"/>
	apparecchio radiologico portatile	<input type="checkbox"/>
	apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi	<input type="checkbox"/>
	elettrocardiografo portatile	<input type="checkbox"/>
	laboratorio per ricerche ematochimiche, immunoematologiche e microbiologiche	<input type="checkbox"/>
	servizio immunotrasfusionale	<input type="checkbox"/>

CHECKLIST PER LA VERIFICA DEGLI STANDARD PER LA RIORGANIZZAZIONE DEI PUNTI NASCITA DI II LIVELLO

U.O. OSTETRICIA DI II LIVELLO (parti/anno > 1000) (*)

Unità che assistono gravidanza e parto indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto.

(*) I requisiti per il II livello sono legati oltre che al numero di parti anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata

Standard Operativi:

bacino di utenza, comprensivo delle strutture di I livello afferenti, corrispondente ad almeno 5000 parti/anno tuttavia tale vincolo può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza attestandosi tendenzialmente fra i 3000 e 3500 parti anno (GURS)	<input type="checkbox"/>
parti/anno: > 1000;	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate, sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, tenendo anche conto del volume di attività ginecologica; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 “Determinazione della dotazione organica dei punti nascita” pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di reperibilità integrativa notturna e festiva ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 “Determinazione della dotazione organica dei punti nascita” pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1500 parti/anno devono essere garantite 3 ostetriche per turno; 4 fino a 2000 parti/anno e 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica ogni 750 parti in più. per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 “Determinazione della dotazione organica dei punti nascita” pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire l’identificazione di un responsabile dedicato all’area ostetrica per la continuità e la qualità assistenziale;	<input type="checkbox"/>
si raccomandano due unità mediche h24 al di sopra dei 1500 parti anno ;	<input type="checkbox"/>
garantire il funzionamento di un pronto soccorso ostetrico ginecologico h24; per quanto attiene la dotazione organica occorre adempiere a quanto previsto dal D.A. 9 agosto 2013 “Determinazione della dotazione organica dei punti nascita” pubblicato su GURS parte I - n. 43 del 20-9-2013	<input type="checkbox"/>
garantire assistenza anestesiológica con guardia attiva h24	<input type="checkbox"/>
garantire guardia attiva, h24, con supporto di reperibilità integrativa da parte di neonatologi ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana;	<input type="checkbox"/>
si raccomandano come adeguati per l’assistenza/ degenza ostetrica 15/20 posti letto ogni 1000 parti/anno;	<input type="checkbox"/>
tre sale travaglio – parto. Le sale travaglio parto (riferimento LG ISPELS) devono essere 4 oltre i 2000 parti/anno, con possibilità di essere impiegate come sale operatorie per effettuazione di cesarei;	<input type="checkbox"/>
garantire area dedicata alla gestione del travaglio – parto fisiologico / naturale;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
garantire la possibilità di ecografia nell’area travaglio parto e nell’area di accettazione-emergenza;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia intensiva alla gravida ed alla puerpera;	<input type="checkbox"/>
garantire il coordinamento S.T.A.M. in accordo con la programmazione regionale integrandosi con il servizio urgenza / emergenza territoriale;	<input type="checkbox"/>

possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravida (psicologica, cardiologica, neurologica, nefrologica, ecc.);	<input type="checkbox"/>
garantire h24 ore l'utilizzo di diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza e emotrasfusioni;	<input type="checkbox"/>

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

garantire l'assistenza a qualsiasi gravidanza e parto, specialmente nelle condizioni di alto rischio perinatale;	<input type="checkbox"/>
garantire alla donna partoriente la riservatezza, la tranquillità, il riconoscimento della propria dignità, una adeguata informazione, il diritto di vivere il parto come evento naturale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta, anche attraverso la costituzione di percorsi dedicati alla gravidanza fisiologica	<input type="checkbox"/>
garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore non farmacologiche;	<input type="checkbox"/>
garantire rooming-in e alla promozione dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
garantire le competenze per l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia intensiva alla gravida ed alla puerpera;	<input type="checkbox"/>
garantire esami di laboratorio urgenti ed indagini di diagnostica per immagini urgenti;	<input type="checkbox"/>
essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di I livello secondo il modello hub e spoke;	<input type="checkbox"/>
coordinare la rete del trasporto d'emergenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale), per quanto attiene ai trasferimenti delle gravide a rischio dalle strutture di livello inferiore in accordo con la programmazione regionale.	<input type="checkbox"/>

Standard di sicurezza

Si raccomanda che le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale siano funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio - parto - sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale - nido-rooming-in – degenza neonatale preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

Ogni sala travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, attrezzatura (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno tre parti in contemporanea (riferimento LG ISPESL) nonché consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	<input type="checkbox"/>
una sala operatoria sempre pronta e disponibile h 24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio parto (riferimento LG ISPESL) ;	<input type="checkbox"/>
per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita la possibilità di impiegare le sale parto come sale operatorie per effettuazione di cesarei nella struttura ospedaliera;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree dedicate al pronto soccorso ostetrico;	<input type="checkbox"/>
deve esserci disponibilità di aree utili alla gestione dell'assistenza al travaglio-parto fisiologico/naturale anche con l'ausilio di metodiche non farmacologiche per il controllo del	<input type="checkbox"/>

dolore;	
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche, aree dedicate a patologie materno-fetali, D.S.;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine, per le gravidanze a rischio; ambulatori di ecografia ostetrica e di diagnostica strumentale, in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
deve essere disponibile, nel presidio ospedaliero, un servizio di rianimazione e di terapia intensiva generale;	<input type="checkbox"/>
se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati;	<input type="checkbox"/>
si raccomanda ambulatorio anestesiologicalo ai fini della visita ed adeguata informazione alla paziente per partoanalgesia/TC programmato.	<input type="checkbox"/>

Standard tecnologici

Ove non diversamente predisposto dalle Regioni gli standard tecnologici raccomandati sono elencati nella tabella a).

Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro deve essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Tab. a) Ogni 1000 parti/anno (tali indicazioni vanno adattate al volume delle prestazioni dei singoli punti nascita)

	Accettazione	Travaglio-parto	Degenza	ambulatorio
ecografi	1 <input type="checkbox"/>	disponibilità h 24 per le emergenze ostetriche <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Cardiotocografo (**)	2 <input type="checkbox"/>	2 (in ogni caso 1 per ogni sala parto)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Carrello emergenza	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Collegamenti fissi per aspirazione <input type="checkbox"/>				
n. 1 apparecchio vacuumextractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche <input type="checkbox"/>				
n. 1 forcipe <input type="checkbox"/>				
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto <input type="checkbox"/>				
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo <input type="checkbox"/>				
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore <input type="checkbox"/>				
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile <input type="checkbox"/>				
n. 1 orologio con contasecondi a muro <input type="checkbox"/>				
Possibilità di sterilizzazione all'interno del blocco travaglio parto <input type="checkbox"/>				

n. 2 elettrocardiografi <input type="checkbox"/>
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto. <input type="checkbox"/>
n. 4 pompe a siringa <input type="checkbox"/>
pompe infusione continua <input type="checkbox"/>
n. 2 saturimetri pulsati <input type="checkbox"/>
rilevatore Doppler portatile <input type="checkbox"/>
n. 1 emogasanalizzatore <input type="checkbox"/>

All'interno dello stesso presidio devono essere disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche.

D) UNITA' OPERATIVE NEONATOLOGICHE DI II LIVELLO - (Centri TIN) (*)

bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno e almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500gr; > 1000 nati/anno nella struttura (Inborn);

Unità che assistono neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva.

() I requisiti per il II livello sono legati oltre che dal numero di parti anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di punto nascita di II livello e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata*

Rappresentano eccezione U.O. neonatologiche di II livello, senza punto nascita nella stessa struttura, purché collocate in strutture super-specialistiche con la possibilità di erogare prestazioni particolarmente complesse. Il ricovero dei neonati in queste unità dovrebbe avvenire, di norma, solo se tali prestazioni si rendono necessarie.

Standard Operativi

bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno tuttavia tale vincolo può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza attestandosi tendenzialmente fra 3000 e 3500 nati / anno;	<input type="checkbox"/>
1000 nati/anno nella struttura (Inborn); almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500gr	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale, U. T.I.N.), affidata al pediatra–neonatologo	<input type="checkbox"/>
garantire assistenza ai neonati fisiologici e patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva	<input type="checkbox"/>
garantire U.T.I.N. e terapia sub-intensiva con posti letto pari a: intensiva :1/750 nati/anno del bacino d'utenza sub-intensiva : 2 per ogni letto di intensiva letti di neonatologia/patologia neonatale rapportati al volume dell'attività (come nel I livello); eventuali letti supplementari per esigenze chirurgiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, ecc.) dotazione di incubatrici non inferiore a venti;	<input type="checkbox"/>
garantire guardia attiva, h24, con supporto di pronta reperibilità integrativa h24 da parte di neonatologi;	<input type="checkbox"/>

garantire possibilità di usufruire h24 di usufruire del servizio emotrasfusionale e del laboratorio con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici;	<input type="checkbox"/>
garantire integrazione nel sistema emergenza (STEN) ed eventuale coordinamento;	<input type="checkbox"/>
si raccomanda la possibilità di attivare, h24, in rapporto alle esigenze emergenti, ed in base alle convenzioni sottoscritte, consulenze ed interventi di cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, oculistica, valutazione emodinamica, broncoscopia, ecc.;	<input type="checkbox"/>
possibilità di effettuare h24 diagnostica per immagine e un laboratorio d'urgenza con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici con micrometodi;	<input type="checkbox"/>

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

– garantire l'assistenza in sala parto, fin dalla nascita, con garanzia di rianimazione primaria neonatale h24	<input type="checkbox"/>
– garantire l'osservazione transizionale post-parto;	<input type="checkbox"/>
– assistere i soggetti "inborn" ed "outborn" necessitanti di assistenza intensiva di qualsiasi peso o età gestazionale . <ul style="list-style-type: none"> ○ In particolare deve accogliere: <ul style="list-style-type: none"> – neonati in ventilazione assistita intubati o no; – neonati chirurgici in fase pre e post operatoria; – neonati con malformazioni complesse; – neonati con gravi compromissioni delle funzioni vitali e/o che abbisognino di procedure diagnostiche invasive oppure specialistiche; – neonati che devono terminare il percorso di accrescimento e sviluppo prima di essere dimessi, qualora non sia possibile un trasposto presso U.O. di I livello; – neonati che richiedono procedure diagnostiche invasive o trattamenti che necessitano di monitoraggi, ecc.; – neonati non dimissibili affetti da patologie croniche, né trasferibili in U.O. di I livello. 	<input type="checkbox"/>
– garantire il coordinamento con le strutture di I livello funzionalmente collegate	<input type="checkbox"/>
– garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<input type="checkbox"/>
– garantire il coordinamento dello S.T.E.N. (o integrarsi funzionalmente con lo S.T.E.N. dedicato se esistente) per l'area assegnata;	<input type="checkbox"/>
– si raccomanda l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;	<input type="checkbox"/>
– garantire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto	<input type="checkbox"/>
– garantire con lettera attestante di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio;	<input type="checkbox"/>
– garantire con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita e outcome neonatale;	<input type="checkbox"/>
– dovranno essere garantite elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit..	<input type="checkbox"/>
– collaborare con U.O.C. di neuropsichiatria infantile e di terapia riabilitativa, per usufruire delle relative competenze per il neonato sin dalle prime fasi della degenza.	<input type="checkbox"/>

Standard di Sicurezza

Si raccomanda che le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale siano funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio – parto - sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale - nido-rooming-in – degenza neonatale preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

nell'area travaglio-parto deve essere possibile assistere contemporaneamente due neonati in area dedicata (isola neonatale) e ben identificata opportunamente attrezzata per la rianimazione neonatale e facilmente accessibile;	<input type="checkbox"/>
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	<input type="checkbox"/>
la distribuzione degli spazi di degenza puerperale deve tener conto delle esigenze minime strutturali che favoriscono la pratica del rooming-in e la promozione dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
nell'area di degenza, anche in regime di rooming-in integrale, dovranno essere predisposti spazi di degenza per neonati sani, per piccola patologia, per l'allattamento;	<input type="checkbox"/>
devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino. Se presente la banca del latte dovrà avere locali specificamente dedicati.	<input type="checkbox"/>
aree di degenza secondo standard specifici con possibilità di distinzioni di aree funzionali (terapia sub-Intensiva, ecc.);	<input type="checkbox"/>
ambulatori per follow-up e controlli specialistici post dimissione ed eventualmente D.H.;	<input type="checkbox"/>
aree per laboratori;	<input type="checkbox"/>
aree sufficienti per effettuare procedure specialistiche quali: diagnostica per immagini, chirurgica, oculistica, ecc.;	<input type="checkbox"/>
aree di servizio quali: spogliatoio e filtro, depositi vari, spazio destinato a genitori e parenti, zona di ristoro per il personale, lavaggio incubatrici;	<input type="checkbox"/>
area di coordinamento dello S.T.E.N.	<input type="checkbox"/>

Standard Tecnologici

Ove non diversamente predisposto dalle Regioni gli standard tecnologici raccomandati sono elencati nella tabella c).

Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro dev'essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Isola neonatale: come I livello

Area degenza nido – rooming- in e patologia intermedia: come I livello

Tabella c) Area degenza terapia intensiva – subintensiva:

ATTREZZATURE	TERAPIA INTENSIVA		TERAPIA SUBINTENSIVA	
Incubatrici	P.L. + 50%	<input type="checkbox"/>	P.L. + 20%	<input type="checkbox"/>
Respiratori	P.L. + 2 riserva	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
O2 - CO2 transcutanea	P.L. + 2 riserva	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Saturimetri O2	P.L. + 2 riserva	<input type="checkbox"/>	50% P.L.	<input type="checkbox"/>
Pressione arteriosa non cruenta	P.L.	<input type="checkbox"/>	30% P.L.	<input type="checkbox"/>
Monitor cardiorespirografico	P.L. + 1 riserva	<input type="checkbox"/>	30% P.L.	<input type="checkbox"/>
Monitor FC + FR		<input type="checkbox"/>	P.L.	<input type="checkbox"/>
Pompa di infusione	2 x P.L. + 30% riserva	<input type="checkbox"/>	P.L.	<input type="checkbox"/>
Aspiratori	P.L. + 50%	<input type="checkbox"/>	50% P.L.	<input type="checkbox"/>
Ossimetri	P.L.	<input type="checkbox"/>	50% P.L.	<input type="checkbox"/>
Incubatrice da trasporto	2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Apparecchio Rx dedicato(portatile)	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ecografo (con ecodoppler)	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Apparecchiatura per terapia con Ossido Nitrico(prevedere centri di riferimento per bacino)	1(protocollo condiviso con un centro di riferimento regionale)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Apparecchiatura per trattamento ipotermico(prevedere centri di riferimento per bacino)	1(protocollo condiviso con centro di riferimento regionale)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Possibilità sterilizzazione incubatrici		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Possibilità effettuazione alimentazione enterale	SI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

OBIETTIVO 5: Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento

Referente obiettivo: DASOE -Servizio 8

Con D.A. 1584/2018 sono state adottate le “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Sicilia” pubblicate sulla GURS n. 41 del 21/9/2018 con lo scopo di fornire alle aziende sanitarie le strategie per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei servizi di Pronto Soccorso (PS) e prevenire le sue conseguenze negative in termini di outcome e potenziali eventi avversi.

L’obiettivo principale delle linee di indirizzo è quello di contrastare il sovraffollamento attraverso il monitoraggio continuo, l’analisi delle criticità e l’attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (Non sovraffollamento, Sovraffollamento, Sovraffollamento severo) attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento.

Con Direttiva Assessoriale n. 9348/19 è stata richiamata l’attenzione delle Direzioni strategiche aziendali al problema del sovraffollamento dei PS e alla effettiva attuazione delle suddette linee di indirizzo, che rivestono carattere di assoluta priorità per il S.S.R., garantendo in modo sistematico le seguenti attività:

- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento;
- l’attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;
- l’adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento.

Per la valutazione del presente obiettivo saranno considerati l’indicatore di efficienza operativa (indicatore di outcome) e l’attuazione degli attività previste dal D.A. 1584/2018 per la gestione del sovraffollamento (indicatore di processo).

A. Miglioramento annuale e progressivo dell’indicatore di efficienza operativa– D.A. 1584/2018

L’indicatore di efficienza operativa, approvato con D.A. 1584/2018, misura la capacità da parte del Pronto Soccorso di dimettere/ricoverare i pazienti entro le 24 ore, al di là del numero dei posti tecnici presidiati ovvero a prescindere dalla capacità di ricezione del PS. L’indicatore è costruito rapportando i pazienti "oltre le 24 h" sui pazienti "entro le 24 h".

Il valore ideale dell’indicatore è zero, in quanto non dovrebbe essere presente alcun paziente con una permanenza maggiore di 24h. Tuttavia, vista la frequenza dei pazienti con permanenze elevate nei nostri PSe considerata la necessità di dover includere anche la quota di pazienti che accedono all’OBI (dato non tracciabile dal flusso EMUR) appare opportuno fissare a un livello $\leq 0,05$ il valore atteso di accettabilità (come comunicato con la direttiva assessoriale 9348/19).

Per quanto sopra ci si attende che le aziende sanitarie migliorino progressivamente il valore di tale indicatore nel triennio 2019 - 2021 con l’obiettivo finale di raggiungere un livello $\leq 0,05$ al 31/12/2021. A seconda dei valori di partenza calcolati sul 2018, il miglioramento dell’indicatore sarà graduato in modo differenziato nel triennio. A tal fine saranno considerate le seguenti categorie

Categoria I: PS con un valore indicatore maggiore o uguale 0,40 nel 2018

Categoria II: PS con un valore indicatore compreso fra 0,09 e 0,40 nel 2018

Categoria III: PS con un valore indicatore inferiore a 0,09 nel 2018.

Nelle aziende sanitarie con più PS ci si attenderà che il suddetto miglioramento sia garantito nella totalità dei PS.

<p>B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive</p> <p>Saranno altresì considerati come indicatori di processo gli adempimenti al D.A. 1584/2018, quali il</p> <ul style="list-style-type: none"> - il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento (Azione 1); - l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento (Azione 2); - l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento (Azione 3); - la relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori (Azione 4); 	
<p>INDICATORI</p>	<p>Indicatore A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa(outcome)</p> $Efficienza operativa (t) = Eff(t) = \frac{n. pz con permanenze > 24 ore al PS al tempo t}{n. pz con permanenze < 24 ore al PS al tempo t} = \frac{K2(t)+K3(t)}{K1(t)}$ <p>[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19]</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.</p> <p>Sulla base dei risultati del 2019 l'Assessorato si riserverà tramite apposita direttiva di apportare modificare sul calcolo dell'indicatore qualora dovessero emergere criticità.</p> <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>

<p>VALORI OBIETTIVO</p>	<p>Indicatore A Fermo restando che al 31/12/2021 dovrà essere raggiunto il valore di accettabilità $\leq 0,05$ (come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19) si riportano i valori attesi per categoria di PS. Nelle Aziende con più di un PS i valori obiettivi dell'indicatore di efficienza dovranno essere garantiti nella totalità dei PS.</p> <p>Categoria I: PS con un valore indicatore maggiore o uguale 0,40 nel 2018 2019: miglioramento atteso del 70% rispetto al valore del 2018 (SI/NO); 2020: miglioramento atteso del [xx%][*] rispetto al valore del 2019 (SI/NO); 2021: miglioramento atteso del [xx%][*] rispetto al valore del 2020 (SI/NO); * I valori [xx%] saranno determinati dalle Direzioni Strategiche tenendo conto del miglioramento ottenuto nel corso del 2019 e saranno esplicitamente riportati nei PAGS 2020 e 2021, fermo restando l'obiettivo finale (al 31/12/2021) del raggiungimento dello standard $\leq 0,05$.</p> <p>Categoria II: PS con un valore indicatore compreso fra 0,09 e 0,40 nel 2018 2019: miglioramento atteso del 50% rispetto al valore del 2018 (SI/NO); 2020: miglioramento atteso del [xx%][*] rispetto al valore del 2019 (SI/NO); 2021: miglioramento atteso del [xx%][*] rispetto al valore del 2020 (SI/NO); * I valori [xx%] saranno determinati dalle Direzioni Strategiche tenendo conto del miglioramento ottenuto nel corso del 2019 e saranno esplicitamente riportati nei PAGS 2020 e 2021, fermo restando l'obiettivo finale (al 31/12/2021) del raggiungimento dello standard $\leq 0,05$.</p> <p>Categoria III: PS con un valore indicatore inferiore a 0,09 nel 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fenomeno da tenere sotto controllo tramite il PAGS, ovvero non si dovrà registrare un peggioramento del valore (SI/NO) - Raggiungimento del valore indicatore $< 0,05$ al 31 dicembre del 2021 (SI/NO). <p>Indicatore B le evidenze documentali dovranno dimostrare l'adempimento delle azioni seguenti (SI/NO) per singolo PS: Azione 1: avvenuto monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento; Azione 2: attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: effettiva adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori.</p>
--------------------------------	---

<p>SCALA</p>	<p>Indicatore A SI= raggiungimento al 100% dell'obiettivo NO= mancato raggiungimento</p> <p>Indicatore B SI = 100% (Azione 1+ Azione 2 + Azione 3+ Azione 4) NO = 0%</p>
<p>PUNTEGGIO</p>	<p>10 8 per l'Indicatore A 2 per Indicatore B</p>

OBIETTIVO 6: DONAZIONE ORGANI E TESSUTI

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 6

Nell'anno 2018 la donazione d'organi e tessuti in Sicilia ha subito un notevole decremento rispetto ai traguardi raggiunti nell'anno 2017. Infatti, nel 2018 il numero di accertamenti di morte con metodo neurologico è stato di 27,8 pmp contro i 30,5 dell'anno 2017 e gli oltre 43 pmp della media nazionale. Inoltre, il numero di donatori procurati del 2018 è stato di 11,2 pmp contro 18,1 pmp del 2017 e gli oltre 27 della media nazionale. Infine, il tasso di opposizione registrato nel 2018 è stato pari al 47% contro il 37% del 2017 e circa il 28% della media nazionale.

Parimenti, per quanto concerne il procurement del tessuto corneale è stata registrata nell'anno 2018 una contrazione rispetto all'anno precedente attestandosi su 104 cornee prelevate contro 118 del 2017 in un contesto che prevede un fabbisogno regionale stimato di oltre 600 cornee/anno.

In relazione alla necessità di migliorare il procurement degli organi solidi e dei tessuti, si ravvisa l'esigenza di attribuire i seguenti obiettivi alle aziende sanitarie.

Gli indicatori e i valori target sono relativi all'anno 2019; per l'anno 2020 verranno definiti anche in base ai risultati conseguiti nell'anno precedente

<p>INDICATORE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020) (PESO 10%) 2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2018. (PESO 30%) 3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%) 4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%) 5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)
<p>VALORI OBIETTIVO e SCALA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI / NO 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 accertamenti 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



	<p>raggiunto se l'incremento registrato nell'anno 2019 sarà inferiore al 10%.</p> <p>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%.</p> <p>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%.</p> <p>5. SI/NO</p>
<p>PUNTEGGIO</p>	<p>3 per ASP e 9 per AO</p>

OBIETTIVO 7: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE

Referente obiettivo: DPS – Area Interdipartimentale 4

I medici dipendenti pubblici (ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, etc), sono individuati dal DA 12/08/2010 (GURS 27/08/2010) come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche. Il DA 2234/2015 (disposizioni inerenti le prescrizioni medicinali) ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione di farmaci. Tuttavia molti medici non si sono ancora adeguati. Al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nei predetti decreti, volte a semplificare a favore degli utenti le procedure di prescrizione e ridurre la conflittualità con MMG e PLS, è necessario che:

- aumenti il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata
- aumenti in maniera significativa il numero delle prescrizioni dagli stessi effettuate

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 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)
VALORI OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASP: >30% nel 2019 e >35% nel 2020 AO: >40% nel 2019 e >45% nel 2020 2. >100 nel 2019 e >120 nel 2020
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI / NO 2. SI / NO
PUNTEGGIO	5 per ASP e AO

OBIETTIVO 8: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Referente obiettivo: DPS – Area Interdipartimentale 4

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento digitale regionale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che potranno essere disponibili agli operatori sanitari, in caso di necessità, per finalità di cura

Per il buon esito del progetto FSE è necessario coinvolgere un numero significativo di cittadini ricorrendo a tutte le azioni possibili per acquisire il consenso informato per l’attivazione del FSE e per alimentarlo con i referti di laboratorio ed a seguire con altre tipologie di referto.

Nel corso del 2018 sono state emanate specifiche direttive, per l’acquisizione del consenso informato per l’attivazione del FSE per i pazienti ricoverati o in trattamento ambulatoriale e per la trasmissione dei referti di laboratorio. Il raggiungimento dell’obiettivo sarà valutato sul numero dei consensi acquisiti e dei referti di laboratorio trasmessi.

Per la trasmissione di altre tipologie di referto nel corso del 2019 saranno emanate specifiche direttive in coerenza con le disposizioni ministeriali

Gli indicatori e i valori target sono relativi all’anno 2019; per l’anno 2020 verranno definiti anche in base ai risultati conseguiti nell’anno precedente

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati 2. % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)
VALORI OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. > 5% per il 2019 2. >10% per il 2019
SCALA	SI / NO
PUNTEGGIO	5 per ASP; 7 per AO e AOU

OBIETTIVO 9: Sviluppo PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)

Referente obiettivo: DPS - Servizio 2

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n. 2128/ 2013, n. 402/2015 e n. 1559/2016 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità, impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

L'implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità ha impegnato le Aziende Sanitarie negli anni 2016-2018, nel corso dei quali sono state effettuate anche le verifiche di audit volte ad accertare il reale stato di attuazione delle procedure aziendali.

All'esito delle predette verifiche, sono emerse criticità che hanno indotto l'Amministrazione regionale, sulla scorta delle conformi indicazioni ministeriali rese in merito, ad adottare il D.A. n. 10/2019, con il quale è stato differito al 31.12.2019 il termine entro il quale definire il percorso di consolidamento del PAC regionale.

L'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 31.12.2009 alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.

1.

INDICATORE	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC
VALORI OBIETTIVO	<p><u>AL 31.12.2019</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio. • 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". <p><u>AL 31.12.2020</u></p> <p>Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento</p>

SCALA	SI / NO
PUNTEGGIO	5 per ASP e 10 AO

OBIETTIVO: Piani di efficientamento e riqualificazione (AO e AOU)

Referente obiettivo:

Secondo quanto previsto in materia di piani di efficientamento e riqualificazione, le Aziende Ospedaliere (AO) e le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) che non rientrano nei parametri previsti in termini di scostamento tra costi e ricavi, ovverosia in quelli relativi ai volumi, qualità e esiti delle cure, sono tenute a presentare un PIANO TRIENNALE di RIENTRO in conformità con le linee guida regionali

La verifica e il monitoraggio complessivo del piano dovrà avere una cadenza trimestrale

L'obiettivo è costituito dalla presentazione all'Assessorato, da parte delle Aziende che non rientrano nei parametri previsti, del "piano di efficientamento e riqualificazione", entro 90 giorni dalla data di adozione del provvedimento di individuazione da parte dell'Assessorato stesso.

Il piano dovrà contenere le azioni previste almeno in tre ambiti ritenuti prioritari:

- 1) "efficientamento blocchi operatori",
- 2) "appropriatezza nei consumi di farmaci ospedalieri",
- 3) "implementazione PDTA e relativo monitoraggio per le patologie con esiti critici"

Nel caso l'Azienda Ospedaliera non fosse compresa tra quelle tenute a presentare un Piano di efficientamento e riqualificazione, sarà comunque tenuta a presentare un piano di consolidamento delle performance negli ambiti indicati

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implementazione e presentazione del Piano contenente le azioni previste negli ambiti indicati e approvazione dello stesso da parte dell'Assessorato (anno 2019) 2) Rispetto e completa realizzazione delle azioni previste a Piano, come da cronoprogramma (anno 2020)
VALORI OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Si / No 2) n° e % di sviluppo delle azioni previste a Piano rispetto al cronoprogramma
PUNTEGGIO	All'obiettivo viene conferito un PESO pari a 5 PUNTI

OBIETTIVO 11: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.)

Referente obiettivo: DPS - Area Interdipartimentale 2

Il Piano Attuativo Aziendale si articola in tre Aree per le Aziende Sanitarie Provinciali e in due Aree per le Aziende Ospedaliere ed Universitarie, come di seguito.

1. AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

ASP – **Peso obiettivo 5**

- 1.1. Sanità veterinaria
- 1.2. Igiene degli alimenti
- 1.3. Vaccinazioni
- 1.4. Tutela ambientale
- 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro

2. AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

ASP/AO - **Peso obiettivo 9**

- 2.1. Sicurezza dei pazienti
- 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
- 2.3. PDTA
- 2.4. Appropriatelyzza
- 2.5. Outcome
- 2.6. Trasfusionale

3. AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

ASP – **Peso obiettivo 9**

AO – **Peso obiettivo 2**

- 3.1. Cronicità
- 3.2. Fragilità
- 3.3. Disabilità e non autosufficienza
- 3.4. Privacy

INDICATORE	Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal PAA per gli anni 2019 e 2020
VALORI OBIETTIVO	100%
SCALA	% di sviluppo delle azioni previste a PAA e relativi pesi indicati nel documento di PAA
PUNTEGGIO	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale: peso 23 per ASP e 13 per AO

Allegato: Schede delle Aree del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2019;

AREA DI INTERVENTO 1		SANITÀ PUBBLICA E PREVENZIONE punteggio 5 per ASP			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			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%	
		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% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	
		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% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	
		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	
		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%	

interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			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/NO	
		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/NO	
		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/NO	

interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
1.3 COPERTURAE 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	
		1.3.B - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidenza 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/NO	
		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/NO	
		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/NO	
		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%	
		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%	

Interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			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/NO	
		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/NO	
		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/NO	
		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	
		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/NO	

interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
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/NO	

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		Note
			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	Sarà valutata: 1) la 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) 2) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	90%	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. 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.
		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 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	1) SI 2) 100%	
		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	
		2.1.E Adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	SI	

interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
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	
		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	
2.3 PDTA	1 punto	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	
2.4 APPROPRIATEZZA	1 punto	Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti	SI	
2.5 OUTCOME	1 punto	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	

<p style="text-align: center;">2.6</p> <p>CONSOLIDAMENTO DELLA RACCOLTA DELLE EMASIE CONCENTRATE E DEL PLASMA DA DESTINARE ALLA PRODUZIONE DI MEDICINALI PLASMA DERIVATI.</p>	<p style="text-align: center;">2 punti</p>	<p><u>2.6.A</u></p> <p>- 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.</p> <p>- 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</p> <p><u>2.6.B</u></p> <p>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.</p>	<p>Il sub-obiettivo <u>2.6.A</u> sarà conseguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta 2019. ○ La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore all'1% sarà valutato con 0,8 punti ○ La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 2% sarà valutato 0,6 punti ○ La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 3% sarà valutato 0,5 punti ○ Per scostamenti > del 3% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto <p>Il sub-obiettivo <u>2.6.B</u> sarà conseguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 60 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto <p>Per scostamenti > del 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.</p>	<p style="text-align: center;">SI</p>	
---	---	--	--	---------------------------------------	--

* La valutazione delle Case di Cura Private sugli obiettivi del capitolo rientra nell'ambito di competenza delle ASP.

AREA DI INTERVENTO 3		ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA e PRIVACY Punteggio: 9 per ASP ;2per AO/AOU				
interventi previsti	Peso intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi			NOTE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	Valore obiettivo al 31.12.2020	
3.1 CRONICITA'	1 (ASP)	3.1A Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (<i>Diabetici</i> a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; <i>Scompensati Cardiaci</i> a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	3.1A N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100	3.1A >= 90%	3.1A >= 90%	
3.2 FRAGILITÀ	1 (ASP)	3.2Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	3.2.Acompletamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi 3.2.B implementazioneRETE Centri diurni e Centri residenziali	3.2.Asi /no	3.2.B attivazione almeno un Centro pubblicoeavvio procedura aperta di selezione	
3.3 DISABILITA' eNON AUTOSUFFICIENTI	6 (ASP)	2	3.2A Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità	3.2A Formalizzazione della procedura	3.2A SI	3.2A Attuazione della medesima
		2	3.2B Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali	3.2B Tempestivo pagamento del 100%	3.2B SI	3.2B SI
		2	3.2CAttuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	3.2C N. valutazioni multidimensionali domiciliari ----- x100 N. valutazioni multidimensionali totali	3.2C>=80%	3.2C>=80%

3.4 PRIVACY	1 (ASP) 2 (AO)		Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati	Costituzione ufficio per la protezione dei dati Costituzione gruppo di lavoro	Si / NO		
------------------------------	---	--	--	--	---------	--	--

Allegato 4 - Obiettivi Contrattuali di Salute e di Funzionamento 2019-2020 e Obiettivi Contrattuali Generali 2019-2021 e matrice di assegnazione (documento aziendale di assegnazione degli obiettivi alle strutture aziendali)

ALLEGATO 4

**OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI
FUNZIONAMENTO 2019-2020 E
OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI 2019-2021 E
MATRICE DI ASSEGNAZIONE**

(documento aziendale di assegnazione degli obiettivi alle strutture aziendali)



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

16 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				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			x			
UOC Progettazione e manutenzioni								x										x			x			
UOC Provveditorato								x				x							x					
UOC Bilancio e Programmazione												x									x			
UOC Contabilità analitica e Patrimonio												x												
UOC Logistica e Servizi Esternalizzati												x												
Dipartimento REFPP/ UOS Informatica aziendale								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] 	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
OBIETTIVO 5 Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento punti 10 8 per l'Indicatore A; 2 per Indicatore B	<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 sovraccollamento sulla base degli indicatori di sovraccollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraccollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraccollamento;</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 Sovraccollamento 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 accertamenti 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 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.1. Cronicità 3.2 Fragilità 3.3. Disabilità e non autosufficienza 3.4 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) note: 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. 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.	90%	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private) 	
			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		<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
		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	• Dipartimento Farmaceutico
		2.1.E – Adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	SI	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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.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
			3.2.B – implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali			
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> <p>monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Bilancio e Programmazione • UOC Contabilità analitica e Patrimonio • tutte le strutture assegnatarie di budget
<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

Allegato 5 - Scheda degli obiettivi specifici triennali.

ALLEGATO 5

SCHEDA DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI

OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021	strutture intestatarie	
1	Screening oncologici	1.1	Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP	Relazione sulla effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP		SI		• Dipartimento di Prevenzione	
1	Screening oncologici	1.2	Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	N. di soggetti invitati / popolazione target	120.654/117.494 >100%	100%	100%	100%	• Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva • Dipartimento Salute Donna e Bambino
1	Screening oncologici	1.3	Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	19.561/117.056 16,7%	>=50%	>=50%	>=50%	• Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva • Dipartimento Salute Donna e Bambino • Distretti
1	Screening oncologici	1.4	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	N. di soggetti invitati / popolazione target	70.025/87.135 80,4%	100%	100%	100%	• Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva • Dipartimento Diagnostica per Immagini
1	Screening oncologici	1.5	Adesione del programma di screening del tumore della mammella	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	25.976/87.135 29,8%	>=60%	>=60%	>=60%	• Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva • Dipartimento Diagnostica per Immagini • Distretti
1	Screening oncologici	1.6	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	N. di soggetti invitati / popolazione target	177.941/166.253 >100%	100%	100%	100%	• Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva • UOS Gastroenterologia ed Endoscopia –Screening colon retto
1	Screening oncologici	1.7	Adesione del programma di screening del colon retto	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	23.498/173.940 13,5%	>=50%	>=50%	>=50%	• Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva • UOS Gastroenterologia ed Endoscopia –Screening colon retto • Distretti
1	Screening oncologici	1.8	Coinvolgimento e collaborazione dei MMG	N. di MMG coinvolti / N. MMG	1.070/1.070 100%	>= 60%	>= 60%	>= 60%	• Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva • Distretti Sanitari/PTA
1	Screening oncologici	1.9	Aggiornamento banca dati anagrafica	Banca dati aggiornata		SI	SI	SI	• Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva • UOC Programmazione ed organizzazione delle attività di Cure Primarie
1	Screening oncologici	1.10	Presenza PDTA per ogni screening	Esistenza di PDTA per lo Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina		SI	SI	SI	• Dipartimento Diagnostica per Immagini • Dipartimento Salute Donna e Bambino • UOS Gastroenterologia ed Endoscopia –Screening colon retto
1	Screening oncologici	1.11	Utilizzo HPV-DNA come test primario	N. donne screenate con HPV-DNA / N. totale donne di età 34-64 anni aderenti allo screening oncologico relativo al ca della cervice uterina		100%	100%	100%	• Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio • Dipartimento Salute Donna e Bambino
2	Esiti	2.1	Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;	N. Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / N. totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	66,95%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere: • Direzioni Mediche di Presidio PO Partinico, PO Termini Imerese, PO Ingrassia Realizzazione dell'obiettivo: • UOC Ortopedia • UOC Anestesia Report dell'indicatore per la Direzione Aziendale: • 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. • UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS

OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021	strutture intestatarie	
2	Esiti	2.2	Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non pre-cesarizzate;	N. Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	26,45%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<p>Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Salute Donna e Bambino <p>Realizzazione dell'obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Ostetricia e Ginecologia <p>Report dell'indicatore per la Direzione Aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Ospedalità Pubblica UOC Ospedalità Privata <p>Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp. Pub., Osp. Priv.</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS
2	Esiti	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;	N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / N. totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	89,13%	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<p>Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere :</p> <p>Direzione Medica di Presidio PO Ingrassia</p> <p>Realizzazione dell'obiettivo:</p> <p>UOC Cardiologia + UTIC PO Ingrassia.</p> <p>Report dell'indicatore per la Direzione Aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Ospedalità Pubblica UOC Ospedalità Privata <p>Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp. Pub., Osp. Priv.</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS
2	Esiti	2.4	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	85,29%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<p>Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere:</p> <ul style="list-style-type: none"> Direzioni Mediche di Presidio <p>Realizzazione dell'obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC/UOS Chirurgia Generale <p>Report dell'indicatore per la direzione Aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Ospedalità Pubblica UOC Ospedalità Privata <p>Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp. Pub., Osp. Priv.</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.1	Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	SI	SI	SI	SI	<ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.2	Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	SI	SI	SI	SI	<ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricovero	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	SI	SI	SI	SI	<ul style="list-style-type: none"> Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero UOC Ospedalità Pubblica UOC Ospedalità Privata
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.4	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	SI	SI	SI	SI	<ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie

OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021	strutture intestatarie	
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.5	Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	SI	SI	SI	<ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie UOC Coordinamento Staff Strategico / UOS comunicazione e Informazione 	
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.6	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta		SI	SI	<ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie 	
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.7	Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda	Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta		SI	SI	<ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie 	
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.	4.1	Punti nascita	Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist		100% 100% = ragg. ob. 100% 950% = ragg. ob. 90% 85% = ragg. ob. 75%	100% 100% = ragg. ob. 100% 950% = ragg. ob. 90% 85% = ragg. ob. 75%	100% 100% = ragg. ob. 100% 950% = ragg. ob. 90% 85% = ragg. ob. 75%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Salute Donna e Bambino (monitoraggio obiettivo)
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.	4.2.1.1	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali 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)	0	0	0	0	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Salute Donna e Bambino (monitoraggio obiettivo) UU.OO. Ostetricia e Ginecologia (escluso P.O. Ingrassia)
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.	4.2.1.2	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (senza TIN)	4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita		< 8%	< 8%	< 8%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Salute Donna e Bambino (monitoraggio obiettivo) UU.OO. Ostetricia e Ginecologia (escluso P.O. Ingrassia)
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.	4.2.2.1	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali 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		SI	SI	SI	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Salute Donna e Bambino
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.	4.2.2.2	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (con TIN)	4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale	0%	< 5%	< 5%	< 5%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Salute Donna e Bambino (monitoraggio obiettivo) UOC Neonatologia PO Ingrassia
5	Pronto Soccorso - Gestione del sovraffollamento	5.1	Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0,66	>= 70% o >= 50%	>= 70% o >= 50%	raggiungimento dello standard efficienza operativa ≤ 0,05	<ul style="list-style-type: none"> Direzioni Mediche di P.O. UU.OO. dei P.O. (escluso Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Neonatologia)

OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021	strutture intestatarie	
5	Pronto Soccorso - Gestione del sovraffollamento	5.2	Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo) Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ; Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori	Attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019)				<ul style="list-style-type: none"> Direzioni Mediche di P.O. UU.OO. dei P.O. (escuso Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Neonatologia) Dipartimento REFPTT/UOS Informatica aziendale 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 	
6	Donazione organi e tessuti	6.1	Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)	Relazione sulla Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)				<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Anestesi, terapie intensive e terapia del dolore 	
6	Donazione organi e tessuti	6.2	Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico	Adesione al protocollo d'intesa con il Centro regionale Trapianti relativamente all'accertamento della morte cerebrale e all'eventuale prelievo multiorgano (rif. Nota n.1116/CSS del 14/05/2019)				<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Anestesi, terapie intensive e terapia del dolore 	
6	Donazione organi e tessuti	6.3	Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione	corsi di formazione e/o sensibilizzazione organizzazione in ambito aziendale				<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Anestesi, terapie intensive e terapia del dolore 	
7	Prescrizioni dematerializzate	7.1	% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	N. Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione / N. totale dei medici	59,26 % LUG-DIC 2018 specialistica	> 30%	> 35%	> 40%	<p>Supporto e Monitoraggio dell'obiettivo e coordinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC. Programmazione e organizzazione attività cure primarie. <p>TERRITORIO - Coordinamento e realizzazione dell'obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Distretti Sanitari/PTA <p>PRESIDI OSPEDALIERI - Coordinamento e monitoraggio dell'obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Direzioni Mediche di Presidio
7	Prescrizioni dematerializzate	7.2	numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS	totale ricette DEM prescritte / medici abilitati	252 mensili LUG-DIC 2018 specilistica	100	120	140	<p>Supporto e Monitoraggio dell'obiettivo e coordinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC. Programmazione e organizzazione attività cure primarie. <p>TERRITORIO - Coordinamento e realizzazione dell'obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Distretti Sanitari/PTA <p>PRESIDI OSPEDALIERI - Coordinamento e monitoraggio dell'obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Direzioni Mediche di Presidio
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	8.1	% dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati; (>5%)	N. dei consensi informati acquisiti / N. dei pazienti ricoverati		> 5%	> 5%	> 5%	<ul style="list-style-type: none"> UOC Cure Primarie (Responsabile Aziendale FSE) Distretti sanitari Direzioni Mediche di Presidio
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	8.2	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	N. dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE / N. delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	0	> 10%	> 50%	> 90%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie (Responsabile Aziendale FSE) Dipartimento REFPTT/UOS Informatica aziendale
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)	9.1	Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	Si	Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS

OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021	strutture intestatarie	
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)	9.2	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".	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".	88,70%	Si	Si	Si	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
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)	9.3	Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento	Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento			Si	Si	da assegnare nell'anno 2020
11.1.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria	11.1.1.A	1.1.A – Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovicaprino controllabile (allevamenti e capi)	N. Aziende bovine e ovicaprine controllate / n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	9779/9827 99,5%	100%	100%	100%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria	11.1.1.B	1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	< 28 gg.	21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria	11.1.1.C	1.1.C – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	< 53 gg.	42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria	11.1.1.D	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.	N. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	bovine 222/2534 = 8,8% ovi-caprine 146/2226 = 6,5%	≥ 5% Aziende bovine ≥ 3% Aziende ovi-caprine	≥ 5% Aziende bovine ≥ 3% Aziende ovi-caprine	≥ 5% Aziende bovine ≥ 3% Aziende ovi-caprine	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria	11.1.1.E	1.1.E – Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Percentuale di riduzione della prevalenza		≥ 15%	≥ 15%	≥ 15%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.2. Igiene degli alimenti	11.1.2.A	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);	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)		Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione
11.1.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.2. Igiene degli alimenti	11.1.2.B	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)	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		Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione • Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.2. Igiene degli alimenti	11.1.2.C	1.2.C – Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare		Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario

OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021	strutture intestatarie	
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.A	1.3.A – Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)	n. soggetti vaccinati / popolazione target residente	Morbillo Parotite Rosolia 1a dose Coorte 2016 9.961/10.719=92,9% 2a dose Coorti 2002 9.417/13.354=70,5% 2a dose Coorte 2000 8.847/13.383=66,1% 76,5% Varicella 1a dose Coorte 2016 9.625/10.719=89,8% 2a dose Coorti 2002 9.881/13.354=73,9% 2a dose Coorti 2002 7.360/13.383=55% 72,9%	92 - 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92 - 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92 - 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	• Dipartimento di Prevenzione
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.B	1.3.B – Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidenza 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)	Relazione sulle attività svolte	Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione	
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.C	1.3.C – Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale	100%	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione	
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.D	1.3.D – Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione		Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione	
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.E	1.3.E – Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Morbillo 24/35 68,57 % Rosolia 0/0 100%	100%	100%	100%	• Direzioni Mediche di PP.OO.
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.F	1.3.F – Notifica delle malattie infettive	N. notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	Morbillo 35/19 MBI 9/9 TBC 34/32	70%	70%	70%	• Direzioni Mediche di PP.OO.
11.1.4	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.4. Tutela ambientale	11.1.4.A	1.4.A – Sorveglianza malformazioni congenite	Segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto al 2017		Si	Si	Si	• Dipartimento Salute Donna e Bambino
11.1.4	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.4. Tutela ambientale	11.1.4.B	1.4.B –PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute	Raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/19		Si			• Dipartimento di Prevenzione • UOS Educazione alla Salute Aziendale
11.1.4	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.4. Tutela ambientale	11.1.4.D	1.4.D – Amianto	Registro mesoteliomi: Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019	18/18 100%	> 80 %	> 85 %	> 90 %	• Dipartimento di Prevenzione
11.1.4	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.4. Tutela ambientale	11.1.4.E	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)	Report: invio entro il 31/10/2019		Si			• UOS Educazione alla Salute Aziendale
11.1.5	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro	11.1.5.A	1.5.A – sorveglianza lavoratori esposti	invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	141/145 97,2%	Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione

OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021	strutture intestatarie	
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.A1	2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Percentuale di completezza della compilazione della scheda A e della scheda B 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%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.A2	2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)		Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.B	2.1.B – Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas		Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.C1	2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualitasicilia SSR		Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.C2	2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette		100%	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.D	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	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Farmaceutico
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.E	2.1.E – Adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali		Si	Si	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)
11.2.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza	11.2.2.A	2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita		Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Comunicazione e informazione • UU.OO. degenza dei PP.OO. • Distretti Sanitari/PTA
11.2.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza	11.2.2.B	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	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità • UOS Comunicazione e informazione • Direzioni Mediche di PP.OO.
11.2.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.3. PDTA	11.2.3.A	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	Si	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)
11.2.4	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.3. PDTA	11.2.4.A	2.4.A – Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti		Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata

OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021	strutture intestatarie
11.2.5	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.5 Outcome	11.2.5.A	2.5.A – Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report secondo modalità indicate dalla Regione	Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Ospedalità Pubblica • Direzioni Mediche di PP.OO. • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
11.2.6	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.6 Trasfusionale	11.2.6.A	2.6.A – Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati: Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17.01.2019)	(previsione di raccolta delle EC - raccolta a consuntivo delle EC) / previsione di raccolta delle EC	0 0% = 100 % <= 1% = 80% <= 2% = 60% <= 3% = 50%	0 0% = 100 % <= 1% = 80% <= 2% = 60% <= 3% = 50%	0 0% = 100 % <= 1% = 80% <= 2% = 60% <= 3% = 50%	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Diagnostica di Laboratorio/UOC Medicina trasfusionale
11.2.6	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.6 Trasfusionale	11.2.6.B	2.6.B – Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018.	Kg di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) nell'anno di riferimento - Kg. di Plasma raccolti nell'anno 2018.	>= 60 Kg. (>=60 Kg. = 100% >= 54 = 80%)	>= 60 Kg. (>=60 Kg. = 100% >= 54 = 80%)	>= 60 Kg. (>=60 Kg. = 100% >= 54 = 80%)	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Diagnostica di Laboratorio/UOC Medicina trasfusionale
11.3.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.1. Cronicità	11.3.1.A	3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100	>= 90%	>= 90%	>= 90%	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Organizzazione e Programmazione Cure Primarie • Distretti Sanitari/PTA
11.3.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.2 Fragilità	11.3.2.A	3.2.A – Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi	Si			<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
11.3.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.3. Disabilità e non autosufficienza	11.3.2.B	3.2.B – Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali		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
11.3.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.3. Disabilità e non autosufficienza	11.3.3.A	3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità	Formalizzazione della procedura		Redazione e formalizzazione della procedura	Attuazione della procedura	<ul style="list-style-type: none"> • Distretti Sanitari/PTA • UOC Integrazione socio sanitaria • UOC Coordinamento Assistenza Riabilitativa Territoriale
11.3.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.3. Disabilità e non autosufficienza	11.3.3.B	3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali	Tempestivo pagamento del 100%	Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • Distretti Sanitari/PTA • UOC Integrazione socio sanitaria
11.3.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.4 Privacy	11.3.3.C	3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	N. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali X 100	>= 80%	>= 80%	>= 80%	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Integrazione socio sanitaria
11.3.4	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.4 Privacy	11.3.4.A	3.4.A – Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati	- Costituzione ufficio per la protezione dei dati - Costituzione gruppo di lavoro	Si			<ul style="list-style-type: none"> • Data Protection Officer

OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021	strutture intestatarie	
12.2a	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 2a: Equilibrio di bilancio	12.2a.1	Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate		Si	Si	Si	• UOC Contabilità analitica e Patrimonio
12.2a	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 2a: Equilibrio di bilancio	12.2a.2	Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato		Si	Si	Si	• UOC Bilancio e Programmazione • UOC Contabilità analitica e Patrimonio • tutte le strutture assegnatarie di budget
12.2b	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 2b: Tempi di attesa	12.2b.1	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	Realizzazione delle attività finalizzate al superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa		Si	Si	Si	• UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie • Distretti sanitari/PTA • Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero
12.3a1	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3a1: Contenimento della spesa del personale	12.3a1.1	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	Rispetto del tetto di spesa (relazione)		Si	Si	Si	• Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari generali
12.3a2	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3a2: Contenimento della spesa del personale	12.3a2.1	Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del Dl. 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	Redazione del programma		Si	Si	Si	• Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari generali
12.3a3	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3a3: Contenimento della spesa per beni e servizi	12.3a3.1	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 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 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	Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi (monitoraggio aziendale e relazione)		Si	Si	Si	• Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico • UOC Provveditorato • UOC Progettazione e manutenzioni • UOC Logistica e Servizi Esternalizzati

OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2019	target 2020	target 2021	strutture intestatarie
12.3a4	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3a4: Contenimento della spesa: Utilizzo somme per l'Area di emergenza e urgenza e per il Pronto soccorso	12.3a4.1	Utilizzo somme DA n.2726/2017 e DA n.1839/2018 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: 31 dicembre 2019 Progettazione esecutiva i; 31 dicembre 2020 Avvio lavori	Attivazione procedure di rispettiva competenza come richiesto con nota ASP/13998/2019 del 03/04/2019 (relazione)	Si			<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari generali UOC Progettazione e manutenzioni UOC Bilancio e Programmazione
12.3a5	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3a5: Contenimento della spesa farmaceutica	12.3a5.1	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione per l'assistenza farmaceutica territoriale / ospedaliera	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione (relazione)	Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Farmaceutico
12.3b	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3b: Flussi informativi	12.3b.1	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	Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi" (monitoraggio e azioni di miglioramento)	Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS tutte le strutture assegnatarie di budget interessate alla produzione di flussi
12.3c	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3c: Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	12.3c.1	Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corrutivi in sanità	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	Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> Responsabile della Prevenzione della Corruzione tutte le strutture assegnatarie di budget
12.3c	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3c: Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	12.3c.2	Osservanza 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 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.	Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> Responsabile della Trasparenza tutte le strutture assegnatarie di budget
12.3d	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3d: Libera professione intramuraria	12.3d.1	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)	Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> Coordinatore Gruppo ALPI

**GLI OBIETTIVI OPERATIVI E
LE SCHEDE DI BUDGET ANNO 2019**

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Coordinamento staff strategico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Supporto per la realizzazione della progettazione aziendale (U.O. Progettazione)	3.1	Supporto ai Responsabili di progetto per la realizzazione della progettazione aziendale	20	SI	SI (allegare relazione)	
4	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) (U.O. Qualità/Rischio clinico)	4.1	Realizzazione degli interventi 2.1.A, 2.1.B, 2.1.C, 2.1.E, 2.2.B	20		SI (allegare relazione)	
5	Elaborazione di Piano formativo aziendale ECM (U.O. Formazione)	5.1	N. corsi formativi ECM realizzati / N. corsi formativi ECM indicati nel Piano formativo ECM	10	6/8 75%	>=50%	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) (U.O. Formazione)	6.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		SI (allegare relazione)	
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) (U.O. Comunicazione e informazione)	7.1	Pubblicazione sul sito aziendale del monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali trasmesso dalla UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	5		SI (allegare relazione)	
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) (U.O. Comunicazione e informazione)	8.1	Realizzazione degli interventi 2.2.A, 2.2.B	5		SI (allegare relazione)	
9	Applicazione delle procedure interne per la valutazione individuale del personale dipendente (U.O. Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane)	9.1	N. valutazioni individuali che seguono le procedure interne / N. valutazioni individuali pervenute	15	9.406/9.406 100%	>=90%	
10	Relazione sulle attività degli uffici della Direzione Aziendale	10.1	Relazione sulle attività degli uffici della Direzione Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Piano della performance	3.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Piano sulla performance" anno 2019	30	SI	SI (allegare documentazione)	
4	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	4.1	Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale edi audit (PIA 2019)	15		SI (allegare documentazione)	
			Presentazione della relazione di valutazione del livello di rischio correlata al PIA 2019	5		SI (allegare documentazione)	
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 2)	5.1	Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio degli indicatori sub-obiettivi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp Pub., Osp. Priv	5		SI (allegare relazione)	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/05/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		SI (allegare relazione)	
		6.2	Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio dell'indicatore di efficienza operativa, con rilascio credenziali a Dir. Med. PO e ai PS	5		SI (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	10	SI	SI (allegare report)	
		7.2	Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento	15	SI	SI (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Legale

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Monitoraggio delle attività di gestione del contenzioso	3.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso, con specifica descrizione delle cause contenzioso e tipologie, valore delle singole cause e stima del grado di soccombenza.	5	SI	SI (allegare report)	
		3.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	
		3.3	N. procedure attivate per recupero crediti / N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite	5	38/38 100%	100%	
		3.4	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI	SI (allegare report)	
		3.5	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai Legali con adozione delle relative determinine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	
4	Monitoraggio delle attività relative al contenzioso del lavoro	4.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso del lavoro, con specifica descrizione delle cause, del valore delle singole cause, della stima del grado di soccombenza.	5	SI	SI (allegare report)	
		4.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento.	5	SI	SI (allegare documentazione)	
		4.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI	SI (allegare documentazione)	
		4.4	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai legali con adozione delle relative determinine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	
5	Monitoraggio delle attività relative alla gestione sinistri del personale	5.1	Gestione assicurativa polizze RCT/O - Infortuni - Kasko: N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri/N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti	10	234/234 100%	> 80%	
		5.2	Gestione liquidazione franchigia: N. totale liquidazioni effettuate in franchigia / N. di sinistri da liquidare in franchigia	5	8/8 100%	> 80%	
		5.3	Procedure denunce sinistri: N. Polizza gestite/N. procedure avviate	5	3/3 100%	> 80%	
6	Monitoraggio delle attività relative alle sanzioni	6.3	Produzione di report direzionale delle attività relative alle sanzioni	10	SI	SI (allegare report)	
7	Regolamentazione tariffe per compensi legali	7.1	Redazione del regolamento sulle tariffe da applicare agli avvocati esterni	5	SI	SI (allegare regolamento)	
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	8.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.E - Adempimenti Legge 24/2017: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	10		SI (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Psicologia

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto degli obblighi ex D.L. 81/08 per la gestione dello Stress Lavoro Correlato – misure correttive	3.1	N. interventi di gruppo in ambito aziendale finalizzati alla gestione dello Stress Lavoro Correlato	15		Rilevazione (allegare report)	
4	Organizzazione eventi formativi destinati agli Psicologi dell'ASP	4.1	N. eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia	15	4	>=1 (allegare report)	
5	Potenziamento e supporto ai percorsi integrati su target prioritari per gli aspetti psicologici	5.1	N. Interventi di gruppo "informativi/formativi/di educazione terapeutica" per pazienti minorenni e giovani adulti con diabete mellito e per familiari e care giver nell'anno 2019 / N. Interventi di gruppo "informativi/formativi/di educazione terapeutica" per pazienti minorenni e giovani adulti con diabete mellito e per familiari e care giver nell'anno 2018	15	allegare report	>=1 (allegare report)	
6	Potenziamento dell'attività rivolta ai nuovi pazienti e pazienti fragili	6.1	N° nuovi pazienti nell'anno 2019 (parametrati a personale Full Time Equivalent)/ N° nuovi pazienti nell'anno 2018 (parametrati a personale Full Time Equivalent) (esclusi pazienti previsti dagli indicatori 5.1, 6.2, 6.3)	15	288 (2018)	> 1 (allegare report)	
		6.2	N pazienti anziani (over-64) presi in carico per trattamenti neuropsicologici riabilitativi e/o psicoterapeutici anno 2019 / N pazienti anziani (over-64) presi in carico per trattamenti neuropsicologici riabilitativi e/o psicoterapeutici anno 2018	15	110 (2018)	> 1 (allegare report)	
		6.3	N. pazienti migranti minori non accompagnati segnalati entro il 30 settembre 2019 e presi in carico per supporto psicologico per un periodo non inferiore a 3 mesi / N. pazienti migranti minori non accompagnati segnalati entro il 30 settembre 2019	15		> 40% (allegare report)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Servizio Prevenzione e Protezione							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Progettazione di un sistema di segnaletica di sicurezza antincendio nelle strutture specialistiche ambulatoriali di superficie 500-1000mq	3.1	Numero di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. 500-1000 mq nelle quali è stato predisposto nell'anno 2019 sistema di segnaletica di sicurezza antincendio / Numero complessivo di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. 500-1000 mq	30	5/12 41,67%	>=40%	
4	Progettazione di un sistema di segnaletica di sicurezza antincendio nelle strutture specialistiche ambulatoriali di superficie >1000mq	4.1	Numero di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. >1000 mq nelle quali è stato predisposto nell'anno 2019 sistema di segnaletica di sicurezza antincendio / Numero complessivo di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. >1000 mq	30	8/20 40%	>=40%	
5	Miglioramento benessere organizzativo aziendale mediante somministrazione di questionari e successiva valutazione rischio SLC (Stress Lavoro Correlato) nei Pronto Soccorso Aziendali	5.1	Numero di Pronto Soccorso nei quali è stato somministrato il questionario e valutato il rischio SLC /N. complessivo di Pronto Soccorso aziendali	20		100%	
6	Audit su conservazione e stoccaggio di agenti chimici pericolosi nei laboratori di analisi (comprese citologie e anatomia patologica) e nelle radiologie	6.1	Numero di audit effettuati / Numero complessivo di audit da effettuare	10		100%	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Educazione alla salute

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5		100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5		100%	
3	Realizzazione di Progetti di promozione della salute (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.4.E)	3.1	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): Predisposizione ed invio report secondo la tempistica richiesta	80		Sì (allegare relazione)	
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	4.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/05/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sorveglianza Sanitaria

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Sorveglianza sanitaria in ambito aziendale	3.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del dl 81/2008	45	100%	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	
4	Sorveglianza sanitaria in ambito nei confronti di soggetti esterni	4.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale dipendente da aziende o ditte esterne convenzionate nell'anno 2019 / N. lavoratori inviati a visita medica dal datore di lavoro nell'anno 2019	45	2.238/2.238 100%	>=90%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Prevenzione							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	4.1	Relazione sulla effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP	5		SI	
5	Monitoraggio Obiettivi contrattuali di salute e funzionamento 2019-2020: Obiettivo 11 (PAA) - Area 1	4.2	Trasmissione report alla UOC Coordinamento Staff Strategico secondo le tempistiche richieste	10		SI	
4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	4.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	10	88,95%	100%	
		4.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	10	100%	100%	
		4.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	10	100%	100%	
		4.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	10	99,72%	100%	
		4.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	10	95%	100%	
		4.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	10	95%	100%	
		4.7	UOC HACCP - RSO	10	100%	100%	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
<i>Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)</i>							
3	Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	7	120.654/117.494 >100%	100%	
	Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	3.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3	19.561/117.056	>=50%	
4	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	4.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	7	70.025/87.135 80,4%	100%	
	Adesione del programma di screening del tumore della mammella (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	4.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3	25.976/87.135	>=60%	
5	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	5.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	7	177.941/166.253 >100%	100%	
	Adesione del programma di screening del colon retto (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	5.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3	23.498/173.940	>=50%	
6	Coinvolgimento e collaborazione dei MMG	6.1	N. di MMG coinvolti / N. MMG	5	1.070/1.070 100%	>= 60% (con relazione sulla % MMG con pulizia liste)	
7	Aggiornamento banca dati anagrafica	7.1	Banca dati aggiornata	5		Si (relazione)	

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
<i>Coperture Vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive</i>							
8	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.A Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017-)	8.1	N. soggetti vaccinati / popolazione target residente	5	Morbillo Parotite Rosolia 1a dose Coorte 2016 9.961/10.719=92,9% 2a dose Coorti 2002 9.417/13.354=70,5% 2a dose Coorte 2000 8.847/13.383=66,1% 76,5% Varicella 1a dose Coorte 2016 9.625/10.719=89,8% 2a dose Coorti 2002 9.881/13.354=73,9% 2a dose Coorti 2002 7.360/13.383=55% 72,9%	esavalente, morbillo-parotite-rosolia, meningococco e pneumococco 92 - 95% a 24 mesi	
9	PAA - AREA 1 - intervento 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)	9.1	Relazione sulle attività svolte	5	Si	Si	
10	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.C Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale nell'anno 2019 (PRP 2014/2018)	10.1	N. vaccinazioni registrate nel 2019 / N. vaccinazioni effettuate nel 2019 (con riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale)	5	100%	100%	
11	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.D Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018)	11.1	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	5	Si	Si (allegare relazione)	
12	Implementazione del Sistema di Sorveglianza per le Malattie Infettive	12.1	N° di notifiche inserite nel Sistema PreMal / N. totale notifiche di malattie infettive pervenute.	5		≥ 95 %	
13	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	13.1	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	10		100%	
<i>Altri obiettivi</i>							
14	Vaccinazioni internazionali	14.1	N. di soggetti sottoposti a vaccinazioni internazionali / N. di soggetti che ne fanno richiesta idonei alla vaccinazione	5	4.400/4.400 100%	100%	
15	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	15.1	N. schede di morte codificate e registrate / N. schede di morte pervenute	5	12.500/12.500 100%	100%	
		15.2	Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNCaM" (entro il 31 marzo 2019)	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli ambienti di vita

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	<i>Tutela Ambientale:</i> Riunioni "focalpoint"	3.1	N. Riunioni realizzate / N. di Riunioni programmate	15	1/3	3 / 3 (allegare documentazione delle riunioni)	
4	Monitoraggio condizioni igieniche nelle carceri	4.1	N. Case Circondariali verificate / n° Case Circondariali	15	4 / 4 100%	100%	
5	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali	5.1	N. di pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali	15	140 / 140 100%	100%	
6	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006	6.1	N. di pareri igienico sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006 rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste pervenute per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D,Lgs. 152/2006	15	18 / 18 100%	100%	
7	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	7.1	N. di pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	15	71 / 71 100%	100%	
8	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per la realizzazione di opere pubbliche	8.1	N. pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche	15	136 / 136 100%	100%	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
<i>Attività di Controllo Ufficiale - DDG n. 2435/2018 "PRIC Sicilia 2015 - 2018 Aggiornamenti annualità 2018 - 2019"</i>							
3	Piano regionale di controllo ufficiale sulla presenza di Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) negli alimenti (DDG n. 78/2015 e Nota Servizio 7 DASOE Prot. DASOE/Serv. 7 n. 4065 del 17.01.2019)	3.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare 8 campioni	5		8/8	
4	Piano regionale di controllo ufficiale delle Micotossine negli alimenti	41	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5		13/13	
5	Piano regionale di controllo ufficiale Allergeni	5.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	22 / 3	18/18	
6	Piano Regionale di controllo ufficiale Sale iodato : verifica del tenore di iodio nel sale arricchito e della presenza del sale iodato nella distribuzione	6.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	15 / 15	15/15	
		6.2	N. punti vendita o centri cottura ispezionati / N. punti vendita o centri cottura da ispezionare	10	19 / 7	7/7	
7	Piano Regionale sulla verifica della presenza delle Impurità Solide negli Alimenti	7.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	17 / 17	16/16	
<i>Prodotti fitosanitari:</i>							
8	Piano regionale di controllo ufficiale sui Prodotti Fitosanitari e dei residui degli stessi negli alimenti	8.1	Rispetto Flusso informativo	5	SI	SI	
9	Ispezioni presso le rivendite, i locali di deposito, gli esercizi di vendita, i depositi di stoccaggio delle ditte che vendono fitofarmaci e loro coadiuvanti all'utilizzatore finale	9.1	N. ditte autorizzate ispezionate / N. ditte autorizzate	20	17/17	14/14	
10	Ispezioni nelle aziende agricole per il controllo ufficiale degli utilizzatori di fitofarmaci	10.1	N. aziende registrate ispezionate / N. aziende registrate	20	21 / 20	12/12	
<i>Programma Integrato Celiachia:</i>							
11	Rispetto Flusso informativo	11.1	Trasmissione flussi informativi entro il 31 marzo	5	SI	SI	
12	Alimenti Destinati ad un'Alimentazione Particolare	12.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	23 / 12	12/12	
				totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Prevenzione: UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
<i>Prevenzione nei Luoghi di Lavoro</i>							
<i>Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP</i>							
3	Cantieri edili:	3.1	N. cantieri edili controllati / N. di notifiche preliminari anno 2018	10	237 / 1.291 18,3%	>= 17%	
4	Aziende Agricole	4.1	N. di aziende agricole ispezionate / N. di aziende agricole ispezionabili	10	172 / 168 >100%	100%	
5	Attività di informazione e formazione	5.1	N. di iniziative di informazione e formazione realizzate / N di iniziative di informazione e formazione da realizzare	10	3 / 3 100%	100% (3 / 3) (allegare documento di programmazione e documentazione delle iniziative realizzate)	
<i>Attuazione direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale</i>							
6	Sorveglianza lavoratori ex esposti	6.1	Invio report trimestrale al Servizio DASOE competente	10		Si	
		6.2	N. di lavoratori ex esposti invitati / N. di lavoratori ex esposti	10		>= 10% ripetto al 2018	
		6.3	N. di lavoratori ex esposti sottoposti ad accertamenti sanitari / N. di lavoratori ex esposti	10	141 / 145 97,2%	>= 10% ripetto al 2018	
<i>Altri obiettivi</i>							
7	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	7.1	N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF / N. segnalazioni pervenute nel 2018	10	46 / 46 100%	100%	
8	Controlli nei cantieri bonifica amianto	8.1	N. di controlli / N. Piani di Lavoro presentati	10	140 / 702 19,9%	>= 5%	
9	PAA - AREA 1 - intervento 1.4.D Sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale	9.1	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	18 / 18 100%	>=80%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Prevenzione: UOC Impiantistica ed antinfortunistica

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Piano Attuativo Aziendale (PAA) 1.5 Prevenzione nei Luoghi di Lavoro: 1.5.C Attuazione delle procedure previste dal D.M. 11.04.11, di cui all'art. 71 del D.lgs. 81/08 e al D.A. n. 773/12. Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e impianti	3.1	Numero apparecchi verificati / Numero di richieste di verifica pervenute	20	1.511 / 1,853 82%	≥ 70%	
		3.2	Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti	10	1	≥ 1	
4	Incremento delle verifiche di apparecchi a pressione effettuate	4.1	N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate / N. verifiche apparecchi a pressione richieste x 100	15	1.142 / 1.396 82%	≥ 75%	
5	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	5.1	N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste	10	1.120 / 1.500 75%	≥ 75%	
		5.2	N. verifiche impianti di terra effettuate / N. verifiche impianti di terra richieste	10	211 / 275 77%	≥ 75%	
		5.3	N. verifiche impianti di terra a maggiore complessità effettuate / N. verifiche impianti di terra a maggiore complessità richieste (N.B. Impianti elettrici a maggiore complessità sono impianti con propria cabina di trasformazione MT/BT ed impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione ed incendio)	15	26 / 26 100%	≥ 5%	
		5.4	N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste	10	1.050 / 1.203 87%	≥ 75%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Prevenzione: UOC Laboratorio medico di sanità pubblica

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
<i>Tutela Ambientale:</i>							
3	Acque di balneazione	3.1	N. di campioni acque di balneazione pervenuti / n. di campionamenti previsti da nuovo DDG per stagione balneare 2019	15		≥ 95%	
<i>Sicurezza Alimentare</i>							
4	PAA Intervento 1.2 Sicurezza Alimentare 1.2 A Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove richieste dai Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti e sulle Acque destinate al consumo umano (Criticità POCS)	4.1	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)	15		SI (allegare provvedimento/i)	
5	Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018 Aggiornamenti Annualità 2018 - 2019 (D.D.G. n. 2435/2018)	5.1	N. campioni analizzati / N. campioni pervenuti	15		≥ 95%	
6	Controlli microbiologici acque destinate al consumo umano DLgs 31/200 e ss.mm.ii.	6.1	N. campioni di acque analizzati / N. campioni consegnati al laboratorio come da programmazione annuale	15		≥ 95%	
7	Piano prevenzione Legionella: analisi su acque destinate al consumo umano e campioni di aria confinata	7.1	N. test per legionella eseguiti / n° campioni pervenuti come da programmazione annuale	15		≥ 95%	
<i>Altri obiettivi</i>							
8	Tutela dei lavoratori e della collettività dal rischio amianto	8.1	N. di campioni analizzati per la ricerca ed identificazione delle fibre di amianto / N. di campioni pervenuti	15	70 / 70 100%	≥ 90%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Prevenzione: UOC HACCP - RSO

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Controllo efficienza trattamento aria, microclima, concentrazione particelle nei presidi ospedalieri aziendali (Reparti operatori)	3.1	N. Reparti operatori aziendali controllati / N. reparti operatori aziendali	30	13 / 13 100%	100%	
4	Controllo annuale dell'acqua dei riuniti odontoiatrici aziendali per la ricerca della presenza di Legionella Pneumophila	4.1	N. verifiche di tipo analitico riuniti odontoiatrici aziendali / N. riuniti odontoiatrici aziendali	30	15 / 15 100%	100%	
5	Controllo annuale di tutte le strutture aziendali per HACCP	5.1	N. strutture aziendali verificate per HACCP / N. strutture aziendali pertinenti per HACCP	30	19 / 19 100%	100% (allegare elenco)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Prevenzione Veterinario

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1	4.1	Monitoraggio indicatori Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1 (per la parte di competenza) e trasmissione report trimestrali alla UOC Coordinamento Staff Strategico	5		Si	
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Sanità animale Area A	20	99,95%	100%	
		5.2	UOC Igiene e produzione di alimenti di origine animali e loro derivati Area B	20	100%	100%	
		5.3	UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche Area C	20	100%	100%	
		5.4	UOC Igiene urbana e lotta al randagismo	20	100%	100%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Sanità animale (Area A)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	3.1	N. aziende bovine e ovi caprine controllate/N. aziende bovine e ovi caprine controllabili	10	9,779/9.827 99,5%	100% allegare anche elenco aziende	
4	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	4.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	5	< 27 gg.e 28 gg.	≤ 28 gg obiettivo raggiunto al 100% ≤ 30 gg obiettivo raggiunto al 75% ≤ 32 gg obiettivo raggiunto al 50% > 32 gg obiettivo raggiunto 0%	
5	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	5.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	5	<53 gg.	≤ 63 gg obiettivo raggiunto 100% ≤ 68 gg obiettivo raggiunto 75% > 68 gg obiettivo raggiunto 0%	
6	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.	6.1	N. aziende bovine controllate anagraficamente/N. aziende bovine controllabili	10	222 / 2.534 8,8%	≥ 5% (allegare anche elenco aziende)	
		6.2	N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. aziende ovi-caprine controllabili	10	146 / 2.226 6,5%	≥ 3% (allegare anche elenco aziende)	
7	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	7.1	Percentuale di riduzione della prevalenza	10		≥ 15% di riduzione	
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	3	≥ 1	
9	Prevenzione delle zoonosi	9.1	Numero indagini epidemiologiche effettuate nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	10	105 / 105 100%	100%	
10	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	10.1	N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate inserite nel SANAN / N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate	10	11.184 / 11.184 100%	100%	
11	Controllo e monitoraggio degli allevamenti suini per malattia vescicolare. Mantenimento standard (valido per accreditamento)	11.1	N. di allevamenti controllati secondo il protocollo previsto / N. di allevamenti controllati nel territorio di competenza	10	177 / 152 >100%	100% (allegare anche relazione sul mantenimento dello standard)	
totale peso				100			

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene produzione alimenti origine animale (Area B)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché Piano Nazionale Residui	3.1	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	20		Sì (allegare relazione)	
4	Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	4.1	Registrazione dei dati nel Sistema informativo regionale Demetra	20		Sì (allegare relazione)	
5	Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari	5.1	Rispetto flusso informativo	15	SI	Sì (allegare relazione)	
6	Verifica del rispetto della normativa relativa ad alimenti di origine animale negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	6.1	N. campioni alimentari di origine animale analizzati/N. campioni alimentari di origine animali programmati	15	338 / 338 100%	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)	
7	Prevenzione e controllo delle zoonosi derivate dal consumo di alimenti	7.1	Numero controlli effettuati nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	10	24 /24 100%	100%	
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	8	>= 2 eventi (documentare)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche (Area C)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	3.1	N. campioni di alimenti di origine animale analizzati/N. campioni di alimenti di origine animali programmati	45	116 116 100%	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)	
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	45	3	>= 2 eventi (documentare)	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene urbana e lotta al randagismo

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione Procedura per la programmazione e lo svolgimento nei controlli sanitari nei rifugi sanitari e nei rifugi per il ricovero per cani e gatti, pubblici e privati (PR-003-DPV-001 del 16/12/2016)	3.1	N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti controllati / N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti autorizzati e attivi	45	7 / 7 100%	100% (allegare elenco)	
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi e/o formativi realizzati nell'anno	45	40	>= 30 eventi (documentare)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Farmaceutico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Contenimento della spesa farmaceutica (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a5)	4.1	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione: monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della stessa	15		Si (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	5.1	Realizzazione dell'intervento 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	20		Si (allegare relazione)	
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	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".	5		Si (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Farmacie	10	100%	100%	
		8.2	UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia	10	100%	100%	
		8.3	UOC Distretto farmaceutico PA 1 con sede al P.O. "Civico" di Partinico	10	100%	100%	
		8.4	UOC Distretto farmaceutico PA 2 con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	10	100%	100%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Farmaceutico: UOC Farmacie							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi" (Farmacia P.O. Ingrassia)	3.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	15	174/174 100%	>=90%	
		3.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	15	100/100 100%	>=90%	
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza (Farmacia P.O. Ingrassia)	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	20	SI	SI (allegare relazione)	
5	Contenimento della spesa farmaceutica (Farmacia P.O. Ingrassia)	5.1	N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico/ N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	20	2.278/2.643 86,2%	>= 80%	
6	Miglioramento dell'approvvigionamento dei farmaci per i PP.OO. (Farmacia P.O. Ingrassia)	6.1	Realizzazione da parte della Farmacia del P.O. di 2 riunioni (una per semestre) con i Referenti Qualità Rischio clinico di P.O. e i Referenti delle UU.OO. del P.O. per individuare eventuali criticità nel sistema di approvvigionamento dei farmaci con invio al Dipartimento del Farmaco di relazione per la pianificazione delle azioni di miglioramento di competenza	20		SI (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento Farmaceutico:
UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Contenimento della spesa farmaceutica	3.1	Monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della stessa	30		Si (allegare relazione)	
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito territoriale - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito territoriale	30	SI	Si (allegare relazione)	
5	Monitoraggio delle prescrizioni mediante lettura ottica	5.1	Controllo mediante sistema di lettura ottica delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate nel 2019	30	SI	100% (allegare report)	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Farmaceutico: UOC Distretto farmaceutico PA 1							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi"	3.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	15	134/148 90,54%	>=90%	
		3.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	15	95 / 95 100%	>=90%	
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	20	SI	Si (allegare relazione)	
5	Contenimento della spesa farmaceutica	5.1	N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico/ N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	20	2.777 / 2.992 92,8%	>= 80%	
6	Miglioramento dell'approvvigionamento dei farmaci per i PP.OO.	6.1	Realizzazione da parte della Farmacia del P.O. di 2 riunioni con i Referenti Qualità Rischio clinico di P.O. e i Referenti delle UU.OO. del P.O. per individuare eventuali criticità nel sistema di approvvigionamento dei farmaci con invio al Dipartimento del Farmaco di relazione per la pianificazione delle azioni di miglioramento di competenza	20		Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Farmaceutico: UOC Distretto farmaceutico PA 2							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi"	3.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	15	387 / 408 94,85%	>=90%	
		3.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	15	172 / 185 92,97%	>=90%	
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	20	SI	SI (allegare relazione)	
5	Contenimento della spesa farmaceutica	5.1	N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico/ N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	20	2.361 / 2.508 94,1%	>= 80%	
6	Miglioramento dell'approvvigionamento dei farmaci per i PP.OO.	6.1	Realizzazione da parte della Farmacia del P.O. di 2 riunioni con i Referenti Qualità Rischio clinico di P.O. e i Referenti delle UU.OO. del P.O. per individuare eventuali criticità nel sistema di approvvigionamento dei farmaci con invio al Dipartimento del Farmaco di relazione per la pianificazione delle azioni di miglioramento di competenza	20		SI (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1): Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina	4.1	ESTENSIONE: N. di soggetti invitati / popolazione target	3		100%	
		4.2	ADESIONE: N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3		>=60%	
		4.3	Esistenza di PDTA per lo Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina	3		Sì (allegare documento e relazione)	
		4.4	N. donne screenate con HPV-DNA / N. totale donne di età 34-64 anni aderenti allo screening	3		100%	
5	Promozione dell'allattamento	5.1	Realizzazione delle attività di competenza previste dal D.A.n.1539 del 5 settembre 2018 "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Macroobiettivo 1 Azione promozione allattamento al seno. Adozione di Linee di indirizzo policy aziendale delle strutture pubbliche e private della Regione Sicilia"	3		Sì (allegare relazione)	
6	Psicologia delle adozioni e Psicologia della genitorialità	6.1	Realizzazione di un percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali	3	SI	Sì (allegare relazione)	
		6.2	Adesione al progetto "Percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali": N. coppie partecipanti al progetto / N. coppie invitate a partecipare	3	10/10 100%	>=60%	
		6.3	Revisione e aggiornamento delle procedure di intervento adottate dalla UOS genitorialità	3	SI	Sì (allegare relazione)	
		6.4	Numero colloqui effettuati su richiesta degli enti accreditati alla UOS genitorialità / Numero totale colloqui richiesti dagli enti accreditati	3	69/76 91%	>=90%	
7	Fisiopatologia della riproduzione	7.1	N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio	3	80 / 88 91%	>= 90%	

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. afferenti	5		Sì (allegare documento)	
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Sì (allegare relazione)	
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	5		Sì (allegare relazione)	
12	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	12.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: 4.1) Punti nascita: Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist 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 VALORI OBIETTIVO:< 8% (Fonte SDO) 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 4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	5		Sì (allegare report e relazione)	
13	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	13.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	3		Sì (allegare relazione)	
14	PAA - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - sub.obiettivo 1.4.A: Sorveglianza malformazioni congenite	14.1	N. segnalazioni malformazioni congenite anno 2019 / N. segnalazioni malformazioni congenite anno 2017	3	indicare valori 2018	>=90 %	
15	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	15.1	UOC Salute donna e bambino territoriale	4	100%	100%	
		15.2	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	4	93,08%	100%	
		15.3	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	4	94,30%	100%	
		15.4	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.F. Ingrassia - DO PA3	4	90%	100%	
		15.5	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	4	100%	100%	
		15.6	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	4	100%	100%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Salute della donna e del bambino territoriale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dei consultori (comprendente elenco dei i consultori con referente, ubicazione, recapiti telefonici e mail, giorni e orari di apertura, modalità di accesso, descrizione delle attività con eventuali specializzazioni funzionali) e invio all' U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	Si (allegare documento)	
4	Rete percorso nascita	4.1	N. gravidanze a rischio individuate che vengono inviate ai punti nascita ospedalieri / n. gravidanze a rischio individuate	15	370 / 370 100%	>= 95%	
5	Percorso nascita	5.1	N. ecografie di screening primo trimestre effettuate / N. ecografie di screening primo trimestre richieste dai Consultori familiari	5		>=50%	
6	Area psicologica e sociale: rilevazione violenza di genere	6.1	N. primi colloqui psicologici con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. primi colloqui psicologici effettuati	10	2.058/2.757 74,65%	>=60%	
		6.2	N. colloqui sociali in accoglienza con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. colloqui sociali in accoglienza effettuati	10	1.169/1.558 75,03%	>=60%	
		6.3	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata da parte dello psicologo con successivo approfondimento mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dello psicologo	10		Rilevazione	
		6.4	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata da parte dell' assistente sociale con successivo approfondimento mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dell'assistente sociale	10		Rilevazione	
7	Individuazione disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per il precoce riconoscimento e la presa in carico della maternità e paternità mediante uno screening ultrabreve costituito dalle domande di Whooley	7.1	n. screening ultrabrevi somministrati * /numero di gravide seguite . (* Per screening effettuato si intende la somministrazione delle 2 domande in almeno 3 accessi relativamente al 1°, 2° e 3° trimestre di gravidanza)	10		>=70%	
8	Miglioramento dell'empowerment del paziente	8.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si (Allegare report)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informativa) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	64/64 100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	7.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	119/466 25,54%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
8	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	8.1	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)	2,5	0	0	
		8.2	Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO)	2,5		< 8%	
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	121/121 100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	7.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	112/456 24,56%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
8	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	8.1	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)	2,5	0	0	
		8.2	Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO)	2,5		< 8%	
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino:
UOC Ginecologia e Ostetricia - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	142/142 100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	7.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	124/420 29,52%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino:
UOC Pediatria - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	30	63/63 100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente/care giver dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino:
UOC UTIN - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	5.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	30		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	4.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	30		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente/care giver dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
6	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	6.1	Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	20	0%	< 5%	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting.	4.1	Produzione di un report sulla qualità della vita dei pazienti in terapia long acting. Drop out, ricadure, ruolo dei servizi	20	Sì	Sì (allegare relazione)	
5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	5.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo	5	100%	100%	
		7.2	Modulo 2 (UOC) Palermo	5	100%	100%	
		7.3	Modulo 3 (UOC) Palermo	5	100%	100%	
		7.4	Modulo 4 (UOC) Palermo	5	100%	100%	
		7.5	Modulo 5 (UOC) Palermo	5	100%	100%	
		7.6	Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria	5	100%	100%	
		7.7	Modulo 7 (UOC) Cefalù-Petralia Sottana	5	100%	100%	
		7.8	Modulo 8 (UOC) Corleone-Lercara Friddi	5	100%	100%	
		7.9	Modulo 9 (UOC) Partinico-Carini	5	100%	100%	
		7.10	Dipendenze Patologiche (UOC)	5	100%	100%	
		7.11	NPIA (UOC)	5	100%	100%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	9 / 10 90%	≥ 90%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Modulo 2 (UOC) Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	5 / 5 100%	≥ 90%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Modulo 3 (UOC) Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	3 / 3 100%	≥ 90%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Modulo 4 (UOC) Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	6 / 6 100%	≥ 90%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Modulo 5 (UOC) Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	7 / 7 100%	≥ 90%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	
4	Presenza in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	7 / 7 100%	≥ 90%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando almeno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Modulo 7 (UOC) Cefalù-Petralia Sottana**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	10 / 11 100%	≥ 90%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Modulo 8 (UOC) Corleone-Lercara Friddi**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	
4	Presenza in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	4 / 4 100%	≥ 90%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando almeno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Modulo 9 (UOC) Partinico-Carini**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	14 / 14 100%	≥ 90%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza:
UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è soppressa e sostituita con 3 UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione procedura "Individuazione e presa in carico del minore portatore di handicap ai fini dell'inserimento scolastico" PR019DSM 001 del 20/1/2014	3.1	Monitoraggio degli indicatori della procedura con raggiungimento dei valori attesi previsti	35	SI	Sì (allegare relazione)	
4	Applicazione percorso diagnostico-terapeutico "Gestione degli interventi in favore dei minori vittima di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie" PD003DIR00 del 21/12/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del percorso diagnostico-terapeutico con raggiungimento dei valori attesi previsti	35	SI	Sì (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 - intervento 3.2 (Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo)	5.1	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi	10		Sì (allegare relazione)	
		5.2	Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	10		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza:
UOC Dipendenze Patologiche**

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è soppressa e sostituita con 2 UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Individuazione pazienti con comorbidità psichiatrica e con comorbidità infettiva presso i SerT	3.1	N. pz. con comorbidità psichiatrica presi in carico / N. pz. con comorbidità psichiatrica	30	480 / 480 100%	≥ 95%	
		3.2	N. pz. con comorbidità infettiva presi in carico / N. pz. con comorbidità infettiva	30	1.013/1.026 98,73%	≥ 90%	
4	Screening sui comportamenti a rischio di gioco d'azzardo patologico rivolto agli utenti tossicodipendenti ed alcolisti in carico presso i SERT	4.1	N. questionari Screening GAP somministrati / N.utenti tossicodipendenti e alcolisti presi in carico presso i SERT	25		≥ 40%	
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	RISK management : implementazione integrazione sistemi informatci	4.1	Intergrazione informatica gestionale reparti / gestionale di laboratorio per transmission on line referto di laboratorio,	10		Sì (allegare documento)	
		4.2	Intergrazione informatica referto di laboratorio / fascicolo saniatrion elettronico (DNLAB/ EMONET/ATHENA)	10		Sì (allegare documento)	
5	Miglioramento delle informazioni agli utenti sul funzionamento del Dipartimento	5.1	Revisione del Regolamento di funzionamento del Dipartimento e invio all'U.O.Comunicazione e Informazione per la pubblicazione sul sito aziendale .	10	SI	Sì (allegare documento)	
7	Controllo qualità acque per uso umano	7.1	Monitoraggio dei parametri accreditati per le acque potabili destinate al consumo umano	5	SI	Sì (allegare report)	
8	Miglioramento della qualità	8.1	Work Flow del monitarggio in remoto dei sistemi analitici di laboratorio	5		Sì (allegare relazione)	
		8.2	Work Flow del monitarggio in remoto dei sistemi informatici di laboratorio rispetto ai tempi degli esiti	5		Sì (allegare relazione)	
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	10		> 10%	
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
11	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	11.1	UOC Patologia Clinica - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%	
		11.2	UOC Patologia Clinica - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%	100%	
		11.3	UOC Patologia Clinica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	
		11.4	UOC Anatomia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	
		11.5	UOC Medicina Trasfusionale c/o P.O. "Nuovo" di Cefalù	5	100%	100%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Patologia Clinica - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	Si (allegare documento)	
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	10	SI	Si (allegare giorni e ore della settimana)	
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	217.011/239.723 90,52%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	256.462/288.742 88,82%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	124.302/149.558 83,11%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
5	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IPSG.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	5.1	N. esami di laboratorio con valori critici comunicati telefonicamente secondo modalità "Lettura , ripetizione, conferma" alle UU.OO. del P.O. richiedente / n. esami di laboratorio con valori critici rilevati	10	980/1.020 96%	>=90%	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	3		>= 70%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Si (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Patologia Clinica - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	SI (allegare documento)	
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	10	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	199.392/229.751 86,8%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	221.538/232.137 95,4%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	353.256/411.188 85,9%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
5	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IPSPG.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	5.1	N. esami di laboratorio con valori critici comunicati telefonicamente secondo modalità "Lettura , ripetizione, conferma" alle UU.OO. del P.O. richiedente / n. esami di laboratorio con valori critici rilevati	10	496/502 98,8%	>=90%	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa $t = \frac{n.pazienti con permanenza >24 ore al PS}{n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS}$ al tempo t	3		>= 70%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		SI (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Patologia Clinica - DO3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	SI (allegare documento)	
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	10	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	183.444/203.349 90,21%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	513.677/534.524 96,1%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	239.884/250.336 95,8%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
5	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IPSG.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	5.1	N. esami di laboratorio con valori critici comunicati telefonicamente secondo modalità "Lettura , ripetizione, conferma" alle UU.OO. del P.O. richiedente / n. esami di laboratorio con valori critici rilevati	10	1.217/1.217 100%	>=90%	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	3		>= 70%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		SI (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
UOC Anatomia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo
(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è soppressa)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del Documento Organizzativo della UOC 'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	25	SI	SI (allegare documento)	
		3.2	N. casi oncologici refertati entro 20 gg dall'arrivo del campione / N. totale casi oncologici refertati	20	714 / 752 94,95%	>=90%	
4	Revisione/Monitoraggio di protocolli clinici	4.1	Monitoraggio delle non conformità nella fase preanalitica dei pezzi anatomici/campioni citologici pervenuti dalle UU.OO. aziendali	20	SI	SI (allegare report)	
		4.2	Aggiornamento del protocollo diagnostico relativo al programma di screening del carcinoma della cervice uterina e invio all'U.O. Comunicazione per la pubblicazione sul sito aziendale	20	SI	SI (allegare documento)	
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
UOC Medicina Trasfusionale c/o P.O. "Nuovo" di Cefalù**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento delle informazioni agli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. C. Medicina trasfusionale in funzione dell'adeguamento alla ISO 9001-2015 e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	25	SI	SI (allegare documento)	
4	Revisione del Manuale Buon uso del sangue	4.1	Aggiornamento del Manuale del Buon uso del sangue e della modulistica di riferimento e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	20	SI	SI (allegare documento)	
5	Valutazione del rischio trasfusionale: monitoraggio dati SISTRA	5.1	Rilevazione indicatore: N. trasfusioni di emocomponenti con segnalazione di eventi avversi ed effetti indesiderati / N. totale delle trasfusioni di emocomponenti	20	SI	SI (rilevazione)	

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
UOC Medicina Trasfusionale c/o P.O. "Nuovo" di Cefalù**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019*	V.R. 2019
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	6.1	Realizzazione dell'intervento 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) N.B.: 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	10		vedi N.B.	
		6.2	Realizzazione dell'intervento 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. N.B.: 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.	10		vedi N.B.	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1): Screening oncologico relativo al tumore della mammella	4.1	ESTENSIONE: N. di soggetti invitati / popolazione target	10		100%	
		4.2	ADESIONE: N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5		>=60%	
		4.3	Esistenza di PDTA per lo Screening oncologico relativo al tumore della mammella	10		Sì (allegare documento e relazione)	
		4.3	Attività di screening nei giorni di sabato (1 volta/mese per centro)	5	Sì	Sì (allegare report)	
		4.4	N. approfondimenti non invasivi / N. di mammografie eseguite	10	1.659/25.977	Rilevazione (allegare report)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	25		Sì (allegare relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Radiodiagnostica + TAC - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%	
		7.2	UOC Radiodiagnostica + TAC - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%	100%	
		7.3	UOC Radiodiagnostica + TAC e RMN - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini:
UOC Radiodiagnostica + TAC - DO1 P.O. "Civico" di Partinico**
(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Radiologia)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Elaborazione di referto strutturato	3.1	N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati	25	8 / 10 80%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	
4	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	4.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	25		≥ 80%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo verrà distribuito fra gli obiettivi "Elaborazione di referto strutturato" e "Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC")	

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini:
UOC Radiodiagnostica + TAC - DO1 P.O. "Civico" di Partinico**
(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Radiologia)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	3		>= 70%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Sì (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Sì	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Diagnostica per Immagini: UOC Radiodiagnostica + TAC - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Radiologia)</small>							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Elaborazione di referto strutturato	3.1	N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati	25	9 / 10 90%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	
4	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	4.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	25		≥ 80%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo verrà distribuito fra gli obiettivi "Elaborazione di referto strutturato" e "Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC")	

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini:
UOC Radiodiagnostica + TAC - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese**
(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Radiologia)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa $t = \frac{\text{n.pazienti con permanenza } >24 \text{ ore al PS al tempo } t}{\text{n.pazienti con permanenza } < 24 \text{ ore al PS al tempo } t}$	3		>= 70%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Sì (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento di Diagnostica per Immagini: UOC Radiodiagnostica + TAC e RMN - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Radiologia)</small>							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Elaborazione di referto strutturato	3.1	N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati	25	8 / 10 80%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	
4	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	4.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	25		≥ 80%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo verrà distribuito fra gli obiettivi "Elaborazione di referto strutturato" e "Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC")	

Dipartimento di Diagnostica per Immagini: UOC Radiodiagnostica + TAC e RMN - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Radiologia)</small>							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa $t = \frac{\text{n.pazienti con permanenza } >24 \text{ ore al PS al tempo } t}{\text{n.pazienti con permanenza } < 24 \text{ ore al PS al tempo } t}$	3		>= 70%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Sì (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	<i>nessun budget/tetodi spesa previsto</i>	--		--	
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	Revisione entro il primo semestre 2019 del Protocollo di gestione del dolore in ospedale che definisca: - modalità di valutazione all'ingresso in ospedale - trattamento del dolore cronico e postoperatorio acuto - modalità di rivalutazione - terapia di salvataggio	20	SI	Si (allegare documento)	
5	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	51	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. afferenti	20		Si (allegare documento)	
6	Donazione organi e tessuti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 6)	6.1	Relazione sulla Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)	2		Si	
			Adesione al protocollo d'intesa con il Centro regionale Trapianti relativamente all'accertamento della morte cerebrale e all'eventuale prelievo multiorgano (rif. Nota n.1116/CSS del 14/05/2019)	16		Si	
			Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	2		2	
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Anestesia e rianimazione - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	10	100%	100%	
		7.2	UOC Anestesia e rianimazione - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	10	100%	100%	
		7.3	UOC Anestesia e rianimazione - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	10	100%	100%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore:
UOC Anestesia e rianimazione - DO1 P.O. "Civico" di Partinico**
(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Terapia intensiva)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento di Anestesia /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35		>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2019)	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente/care giver dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	7.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	38/56 67,86%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	3		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore:
UOC Anestesia e rianimazione - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese**

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Terapia intensiva)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento di Anestesia /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35		>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2019)	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente/care giver dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	7.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	89/107 83,18%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	3		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore:
UOC Anestesia e rianimazione - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo**
(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Terapia intensiva)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento di Anestesia /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35		>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2019)	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente/care giver dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	7.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	31/73 42,47%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	3		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è soppressa e sostituita con 3 UOC afferenti al Dipartimento della Programmazione Sanitaria e dei Controlli: UOC Programmazione attività territoriali ; UOC Cure primarie ; UOC Programmazione e controllo specialistica ambulatoriale interna ed esterna)</small>							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	- Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	4.1	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante ed ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10	SI	Si (allegare report)	
		4.2	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	5		Si (allegare report)	
		4.3	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	5	SI	Si (allegare relazione)	
		4.4	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10		Si (allegare report)	
		4.5	Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10		Si (allegare report)	
		4.6	Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	5		Si (allegare relazione)	

UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie (nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è soppressa e sostituita con 3 UOC afferenti al Dipartimento della Programmazione Sanitaria e dei Controlli: UOC Programmazione attività territoriali ; UOC Cure primarie ; UOC Programmazione e controllo specialistica ambulatoriale interna ed esterna)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
		4.7	Relazione annuale complessiva sui risultati raggiunti, con specifica dell'attuazione degli interventi/azioni effettuati da ciascuna struttura aziendale rispetto a agli interventi/azioni previsti dal programma attuativo aziendale	5		Sì (allegare relazione)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio degli indicatori previsti dagli obiettivi di salute e funzionamento 2019-2020: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici b) N. Medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) con trasmissione all'UOC Coordinamento Staff strategico /Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	5	SI	Sì (allegare report)	
6	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	6.1	Supporto alla UOS Coordinamento Gestionale Screening per l'aggiornamento della Banca dati anagrafica	5		Sì (relazione)	
7	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	7.1	Realizzazione delle attività finalizzate all'acquisizione/caricamento dei consensi informati da parte delle strutture aziendali e rendicontazione dell'indicatore: % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati	5		Sì (allegare relazione e report)	
		7.2	Rendicontazione indicatore: % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	5		Sì (allegare report)	
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	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".	5		Sì (allegare relazione)	
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	9.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: Rendicontazione dell'indicatore "N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico"	5		Sì (allegare report)	
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UOC Medicina legale e fiscale

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è afferente al Dipartimento della Programmazione Sanitaria e dei Controlli)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Partecipazione alle sedute del Comitato aziendale valutazione sinistri (CAVS)	4.1	N. sedute del CAVS in cui partecipa componente dell'UOC Medicina legale e fiscale / N. sedute CAVS tenute in Azienda	40	25/25 100%	100%	
5	Garanzia dei tempi di risposta nell'attività del Collegio medico	5.1	N. giudizi collegiali inoltrati all'Ente committente entro 20 gg dall'effettuazione della visita/N. totale richieste pervenute	45	251 /251 100%	100%	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UOC Integrazione socio-sanitaria (nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è afferente al Dipartimento della Programmazione Sanitaria e dei Controlli)							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio	4.1	N. pazienti con segnalazione di dimissione protetta da parte degli Uffici territoriali / dato medio biennio 2017-2018	10	6.736 / 6.170 >100%	≥ 105%	
		4.2	N. pazienti con presa in carico territoriale / N. pazienti segnalati per dimissione protetta dagli Uffici territoriali	10	87%	≥ 80%	
		4.3	N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2019 / dato medio biennio 2017/2018	10	14.781 / 12.767 >100%	≥ 105%	
5	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure residenziali e nel percorso di continuità assistenziale RSA – territorio-	5.1	N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani	15	371/954 39%	≥ 35%	
6	Sistema informativo integrato e cartella socio-sanitaria informatizzata per la realizzazione di servizi e prestazioni socio-sanitarie integrate	6.1	Sviluppo e/o integrazione dei software delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione: Definizione programmazione e realizzazione attività previste per il 2019	20		Si (allegare relazione)	
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)		Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare procedura)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza: N. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali	5		≥80%	
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UOC Ospedalità Pubblica

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è afferente al Dipartimento della Programmazione Sanitaria e dei Controlli, e ridenominata UOC Programmazione e controllo attività ospedaliere pubbliche)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 e realizzazione di audit con gli attori coinvolti	15	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	5.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale UOC Coordinamento Staff Strategico)	
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2): Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	6.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) /N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	5	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	

UOC Ospedalità Pubblica

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è afferente al Dipartimento della Programmazione Sanitaria e dei Controlli, e ridenominata UOC Programmazione e controllo attività ospedaliere pubbliche)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.3): Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dal ricovero	7.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati	5	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	
8	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4): Programma Nazionale Esiti:Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	8.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	5	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA)	9.1	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	15		Sì (allegare report)	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	10.1	Intervento 2.4.A: Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) : N.cartelle cliniche sottoposte a controlli / N. cartelle campionate dall'Assessorato della salute e disponibili	15	5.948 / 5.948 100%	100%	
		10.2	Intervento 2.5.A: Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE: Coordinamento dell'attività di audit per le strutture segnalate dall'Assessorato della salute e trasmissione dei risultati a quest'ultimo congiuntamente alla Direzione aziendale	15	SI	Sì (allegare report)	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Sì	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UOC Ospedalità Privata

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è afferente al Dipartimento della Programmazione Sanitaria e dei Controlli, e ridenominata UOC Programmazione e controllo attività ospedaliere private)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	4.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale UOC Coordinamento Staff Strategico)	
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2): Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	5.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) /N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.3): Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dal ricovero	6.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati	10	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4): Programma Nazionale Esiti:Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	7.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	10	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	

UOC Ospedalità Privata

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è afferente al Dipartimento della Programmazione Sanitaria e dei Controlli, e ridenominata UOC Programmazione e controllo attività ospedaliere private)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA)	8.1	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	10		Sì (allegare report)	
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	9.1	Trasmissione report interventi di competenza Case di Cura accreditate	10		Sì (allegare report)	
		9.2	Intervento 2.4.A: Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) : N.cartelle cliniche sottoposte a controlli / N. cartelle campionate dall'Assessorato della salute e disponibili	20	3.417/3.417 100%	100%	
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Trasmissione dei flussi informativi ricevuti dalle Case di Cura private accreditate previo controllo logico-formale	5	SI	Sì	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

UOC Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è afferente al Dipartimento della Programmazione Sanitaria e dei Controlli, e ridenominata UOC Assistenza riabilitativa territoriale)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Verifica dell'applicazione della direttiva aziendale "Assistenza protesica e integrativa: applicazione DPCM 12/01/2017 (Nuovi LEA)" - prot.n.11968/CARAD del 17/07/2018	4.1	N.di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC CARAD per l'inoltro all'UOC Provveditorato per le quali è stato effettuato il controllo preventivo sulla corretta applicazione della direttiva / N. di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC CARAD per l'inoltro all'UOC Provveditorato.	35		80%	
5	Effettuazione dei controlli di appropriatezza sulla gestione dei pazienti minori in carico per progetti riabilitativi ai centri di Riabilitazione ex art. 26	5.1	N. centri riabilitativi ex art. 26 presso cui sono stati eseguiti controlli per la valutazione di appropriatezza e congruità nella gestione dei progetti riabilitativi dei pazienti minori in carico al centro / N. totale centri di riabilitazione ex art. 26 che hanno in carico pazienti minori	40	8/15 53%	≥ 50%	
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	6.1	Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare procedura)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Gestione Giuridica e Sviluppo Organizzativo	25	100%	100%	
		7.2	UOC Gestione Economica e Previdenziale	25	100%	100%	
		7.3	UOC Trattamento Economico Personale convenzionato	10	100%	100%	
		7.4	UOC Affari Generali e Convenzioni	25	100%	100%	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali:
UOC Gestione Giuridica e Sviluppo Organizzativo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	
4	Verifiche sul personale in part-time: Richiesta ai dipendenti interessati di dichiarazione sostitutiva di espletamento o meno di altra attività lavorativa	4.1	N. dichiarazioni sostitutive pervenute / N. dipendenti della Dirigenza a tempo ridotto	20	4 / 4 100%	100%	
		4.2	N. dichiarazioni sostitutive pervenute /N. dipendenti del Comparto in part-time	20	67 / 67 100%	100%	
6	Pubblicazione su PERLA PA (se attivata la relativa funzione) e sul sito web dei bandi di concorso (art.54 c.1 Let.f D.Lgs.n.82/2005)	6.1	N. bandi pubblicati sul sito web / N. bandi concorsi emanati	10	9 / 9 100%	100%	
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	7.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/05/2019): intervento F1P13 "Reclutamento veloce di personale in sostituzione (infermieri, OSS e Ausiliari) per i PS": - Utilizzare le graduatorie di personale a tempo determinato, ove già esistenti; - Avvisi ad hoc pubblicati sul sito internet per il reclutamento veloce.	30		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali: UOC - Gestione Economica e Previdenziale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	
4	Personale Dipendente Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo le modalità indicate nel D.A. del 29 febbraio 2012 ex art.79	4.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	10	20/20 = 100%	20/20 = 100%	
		4.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	10	Sì	Sì	
		4.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili	10	107 / 107 100%	100%	
5	Personale Dipendente Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE 2016	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0%delta non giustificato per ogni trimestre	10	SI	SI	
6	Personale Dipendente Produzione del monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) nell'ambito degli adempimenti del Programma Operativo in coerenza con le risultanze del Flusso del Personale: sottoscrizione/certificazione	6.1	Coerenza monitoraggio trimestrale con le risultanze del flusso: 0% delta non giustificato tra unità di personale rilevate nella Tabella D.1.2 e dal Flusso per ogni trimestre	10	SI	SI	

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali: UOC - Gestione Economica e Previdenziale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
5	Contenimento della spesa per il personale (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a1 e 3a2)	5.1	Relazione relativa al 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	10		Sì (allegare relazione)	
		5.2	Relazione relativa al 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	10		Sì (allegare relazione)	
6	Contenimento della spesa: Utilizzo somme DA n.2726/2017 e DA n.1839/2018 (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a4) 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: 31 dicembre 2019 Progettazione esecutiva i; 31 dicembre 2020 Avvio lavori	6.1	Attivazione procedure di competenza come richiesto con nota ASP/13998/2019 del 03/04/2019	10		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali:
UOC -Trattamento Economico Personale Convenzionato**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	
4	Personale Convenzionato Invio del Flusso istituito dal progetto art.79 secondo le modalità e la tempistica indicata nel D.A. dell'8 luglio 2013	4.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	20	20/20 = 100%	20/20 = 100%	
		4.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	20	Sì	Sì	
		4.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili con gli strumenti disponibili	20	89 / 89 100%	100%	
5	Personale Convenzionato Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre.	20	Sì	Sì	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali: UOC Affari Generali e Convenzioni							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	
4	Rispetto della tempistica delle attività di competenza	4.1	N. proposte di delibere per corsi O.S.S. predisposte entro 30 gg dall'acquisizione di tutta la documentazione/ N° proposte di delibere di convenzioni per corsi O.S.S. predisposte	25	6 / 6 100%	100%	
		4.2	N. note predisposte per sostituzione personale SAS entro 15 gg. dalla ricezione delle richieste / N. richieste sostituzione personale SAS pervenute	30	8 / 8 100%	100%	
5	Predisposizione proposte di delibere per accettazione donazioni	5.1	N. proposte di delibere accettazione donazioni predisposte /N. richieste di donazioni pervenute e autorizzate dalla Direzione Aziendale	25	4 / 4 100%	100%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) (UOS Informatica aziendale e gestione collegamenti)	4.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/05/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	20		Si (allegare relazione)	
5	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) (UOS Informatica aziendale e gestione collegamenti)	5.1	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	20		> 10%	
6	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	6.1	Monitoraggio e relazione complessiva sull'obiettivo	10		Si (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Bilancio e programmazione	5	100%	100%	
		8.2	UOC Contabilità analitica e patrimonio	5	100%	100%	
		8.3	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	5	100%	100%	
		8.4	UOC Progettazione e manutenzione	5	100%	100%	
		8.5	UOC Provveditorato	5	100%	100%	
		8.6	UOC Logistica e gestione servizi esternalizzati	5	100%	100%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico: UOC Bilancio e programmazione							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	3.1	Trasmissione alla Piattaforma SIS dei modelli CE, per l'inserimento nella piattaforma NSIS, entro le scadenze previste dalle normative vigenti.	15		Sì (allegare report)	
		3.2	Predisposizione del modello SP entro la scadenza prevista dalle normative vigenti.	15	SI	Sì (allegare report)	
4	Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	4.1	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2019 secondo le direttive dell'Assessorato Regionale della Salute	15	SI	Sì (allegare report)	
		4.2	Predisposizione del bilancio consuntivo 2018 entro la scadenza prevista dalla normativa regionale vigente	15	SI	Sì (allegare report)	
5	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	5.1	Relazione sul Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	10		Sì (allegare relazione)	
6	Contenimento della spesa: Utilizzo somme DA n.2726/2017 e DA n.1839/2018 (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a4) 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: 31 dicembre 2019 Progettazione esecutiva i; 31 dicembre 2020 Avvio lavori	6.1	Attivazione procedure di competenza come richiesto con nota ASP/13998/2019 del 03/04/2019	10		Sì (allegare relazione)	
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	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".	10		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico:
UOC Contabilità analitica e patrimonio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Riorganizzazione della contabilità analitica	3.1	Adeguamento della contabilità analitica al DDG 835/2014 "Linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di Controllo di Gestione"	15	SI	Si (allegare relazione)	
4	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate	15		Si (allegare report)	
		4.2	Monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato	5		Si (allegare relazione)	
5	Aggiornamento Piano dei centri di costo	5.1	Rilevazione incongruenze, correzione e aggiornamenti del piano dei centri di costo aziendale adottato con delibera n.792 del 30/11/2016	15	SI	Si (allegare relazione)	
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	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".	10		Si (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Aggiornamento anagrafica CRIL sul sistema C4H	10		Si (allegare procedura)	
		7.2	Trasmissione del flusso CRIL aggiornato secondo indicazioni di modalità e tempistica del DDG n.2061 del 27/10/2016	10	SI	Si (allegare relazione)	
		7.3	Trasmissione del flusso COA aggiornato secondo indicazioni di modalità e tempistica del DDG n.63 del 13/01/2017	10	SI	Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico:
UOC Contabilità generale e gestione tesoreria**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento delle procedure di registrazione delle fatture e dei mandati di pagamento del "Ciclo Passivo"	3.1	N. fatture emesse da Fornitori registrate e pagate nei tempi previsti dalla normativa / N. totale fatture emesse da Fornitori	15	90%	≥ 90%	
		3.2	Produzione di report e relazione semestrale per la Direzione Amministrativa sulle fatture non pagate nei tempi previsti dalla normativa	15	SI	Sì (allegare relazione)	
4	Incremento incasso sui crediti	4.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2018	15	>10%	> = 10%	
5	Contabilità separata per prestazioni in ALPI.	5.1	Elaborazione di report semestrale aggiornato per ciascuna struttura erogatrice delle prestazioni in ALPI, con relativa valorizzazione, estratto dalla procedura Dedalus WHR	10		Sì (allegare report)	
6	Riorganizzazione del procedimento di liquidazione e pagamento delle fatture	6.1	Monitoraggio procedure previste nel regolamento contabile (ancora da adottare)	5		Sì (allegare report)	
		6.2	Sistema di monitoraggio attraverso scadenziario per settore liquidatore con evidenziazione dei ritardi	10	SI	Sì (allegare report)	
7	Parificazione casse economali	7.1	Verifiche casse ticket ed economali nella misura di almeno il 50% nel corso dell'anno	10		Sì (allegare report)	
8	Miglioramento servizi all'utenza	8.1	Invio automatico avvisi di pagamento all'atto dell'emissione dell'ordinativo o in subordine creazione portale fornitori su procedura Dedalus su C4H	10		Sì	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico: UOC Progettazione e manutenzione							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	3.1	N.procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) con motivazioni che hanno impedito il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza/ N.procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) effettuate senza il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza	25	100%	100%	
		3.2	N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza con motivazioni che hanno richiesto il ricorso a tale tipo di procedura / N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza	25	4/4 100%	100%	
4	Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011: Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: QPS. 8 Identificazione e analisi dei near miss	4.1	N. relazioni redatte e trasmesse all'UO Risk Management relative al sopralluogo effettuato a seguito della richiesta di intervento da parte dell'U.O. Risk management con le specifiche e la tempistica dell'intervento, inviate entro 2 giorni lavorativi successivi alla richiesta / N. richieste di intervento pervenute dall' U.O. Risk Management.	20	1/1 100%	>= 90%	
5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	5.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	
6	Contenimento della spesa: Utilizzo somme DA n.2726/2017 e DA n.1839/2018 (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a4) 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: 31 dicembre 2019 Progettazione esecutiva i; 31 dicembre 2020 Avvio lavori	6.1	Attivazione procedure di competenza come richiesto con nota ASP/13998/2019 del 03/04/2019	10		Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico:
UOC Provveditorato**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	3.1	N° procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) con motivazioni che hanno impedito il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza / N° procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) effettuate senza il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza	15	16/16 100%	100%	
		3.2	N° procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza con motivazioni che hanno richiesto il ricorso a tale tipo di procedura / N° procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza	15	12/12 100%	100%	
		3.3	N° contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe con motivazioni che hanno impedito l'avvio e/o la definizione di nuova procedura / N° contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe	15	7/7 100%	100%	
4	Caricamento contratti su sistema informatico C4H	4.1	N° contratti caricati sul Sistema / N° contratti sottoscritti dalle parti	25		100%	
5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	5.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	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".	10		Si (allegare relazione)	
				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico:
UOC Logistica e gestione servizi esternalizzati**

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Servizi energetici, economici ed autoparco)

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	3.1	N. contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe con motivazioni che hanno impedito l'avvio e/o la definizione di nuova procedura /N. contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe	40	1/1 100%	100%	
4	Monitoraggio della procedura relativa alle richieste di intervento pervenute alla UOC	4.1	N° richieste evase secondo le procedure stabilite / N° richieste di intervento pervenute alla UOC (per ciascuna delle linee d'intervento individuate)	40	58/58 100%	100%	
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	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".	10		Si (allegare relazione)	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	nessuna segnalazione 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 100% 1) 62/62 2) 62/62 3) 62/62	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 * 369 / 369 100%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	1.340 /1.396 96%	>=80%	
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 4/4 Sc.Card. 4/4 BPCO 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	2/2 100% 1) 140/140 2) 140/140 3)138/142	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 * 260 / 260 100%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	776/776 100%	>=80%	
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 56/66 Scomp.Card.7 5/88 BPCO 79/87 83,67%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 65/65 2) 79/79 3) 57/57 100%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 *68/68 100%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'Obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	472/472 100%	>=80%	
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 1/1 Scomp.Card. 3/3 BPCO 2/2 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	3/3 1)27/27 2) 26/26 3) 27/27 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 * 318/318 100%	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	583/691 84,37%	>=80%	
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 2/2 Sc.Card. 0/0 BPCO 5/5 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 100% 1)181/181 2) 171/181 3) 161/161	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	2/2 *213/224 95%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	891/943 95%	>=80%	
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	nessuna segnalazione 0/0	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	6/7 85,71% 1)154/154 2)161/161 3)161/161	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 * 356/356 =100%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	487/573 85%	>=80%	
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 2/2 Sc.Card.3/3 BPCO 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1)233/233 2) 224/233 3)222/222 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 *401/401 100%	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	1.172/1.302 90%	>=80%	
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 5/5 Sc.car. 11/11 BPCO 12/12 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 81/81 2) 81/81 3) 81/81 100%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	nessun ambulatorio	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	472/472 100%	>=80%	
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 82/82 Sc.Car.38/38 BPCO 64/64 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	1/1 207/207 2) 206/206 3) 207/207 100%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 * 202/202 100%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	840 / 936 89%	>=80%	
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
3	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche (per il Poliambulatorio PA Centro)	3.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (per il Poliambulatorio PA Centro) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	5/5 1) 352/352 2)352/352 3)354/354 100%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (per il Poliambulatorio PA Centro) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello	5	1/1 *58/58 100%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'Obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	5		Si (allegare relazione)	
8	Ambulatori infermieristici	8.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici	5	Si	Si (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	
9	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	9.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	5		>= 3% (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
10	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	10.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=350	
11	Miglioramento dell'empowerment del paziente	11.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
12	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	12.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompenso Cardiaco a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompenso cardiaco arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	2,5		>=90%	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	2,5		Si (allegare relazione)	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	2,5		100%	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	13.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	2,5		100%	
14	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	14.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	
15	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	15.1	UOC PTA "Biondo"	5		100%	
		15.2	UOC PTA "Casa del Sole"	5		100%	
		15.3	UOC PTA "E. Albanese"	5		100%	
		15.4	UOC PTA "Guadagna"	5		100%	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:
UOC PTA "Biondo"**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	3.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	D.M. 8/8 Scm.Car.43/43 BPCO 12/12 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	3/3 100% 1) 448/448 2) 431/431 3) 440/457	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti <i>* redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello</i>	10	3/3 100% *500/500	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:
UOC PTA "Biondo"**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	15		Si (allegare relazione)	
8	Disabilità e non autosufficienza	8.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	2.298/2.298 100%	>=80%	
9	Ambulatori infermieristici	9.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici, sulla base delle indicazioni della direzione del Distretto sanitario	10	SI	Si (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Casa del Sole"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	3.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	D.M. 12/12 Sc.Card. 21/21 BPCO 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	2/2 100% 1) 57/57 2) 55/57 3) 55/55	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti <i>* redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale,raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello</i>	10	nessun pneumologo	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'Obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Casa del Sole"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	15		Si (allegare relazione)	
8	Disabilità e non autosufficienza	8.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	2.211/2.211 100%	>=80%	
9	Ambulatori infermieristici	9.1	<i>obiettivo stralciato</i>				
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
totale peso				90			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "E. Albanese"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	3.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	D.M. 3/3 Sc.Car. 9/9 BPCO 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	2/3 1) 248/270 2) 248/270 3) 248/270 91,85%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti <i>* redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello</i>	10	2/2 100% 283/283 *	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'Obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "E. Albanese"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	15		Sì (allegare relazione)	
8	Disabilità e non autosufficienza	8.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	1.975/2.206 89,53%	>=80%	
9	Ambulatori infermieristici	9.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici, sulla base delle indicazioni della direzione del Distretto sanitario	10	SI	Sì (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Guadagna"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	3.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	D.M. 9/9 Sc.Card. 38/38 BPCO 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	2/2 100% 1)173/173 2) 155/173 3) 171/173	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti <i>* redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale,raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello</i>	10	Nessun pneumologo	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'Obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Guadagna"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	15		Sì (allegare relazione)	
8	Disabilità e non autosufficienza	8.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	1.501 /1.501 100%	>=80%	
9	Ambulatori infermieristici	9.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici, sulla base delle indicazioni della direzione del Distretto sanitario	10	SI	Sì (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

DO1 - P.O. "Civico" di Partinico e P.O. "Dei Bianchi" di Corleone: UOC Coordinamento amministrativo							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	
4	Elaborazione procedura per l'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 40.000,00 (sotto soglia)	4.1	Redazione della procedura, monitoraggio dell'applicazione e trasmissione alla Direzione Amministrativa aziendale	45		Si (allegare procedura)	
5	Supporto alla informatizzazione dei PP.OO.	5.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (supporto al Dipartimento del Farmaco e alla Direzione medica di P.O.): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	30	non realizzato ma giustificato	Si (allegare relazione)	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese e P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana: UOC Coordinamento amministrativo							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	
4	Elaborazione procedura per l'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 40.000,00 (sotto soglia)	4.1	Redazione della procedura, monitoraggio dell'applicazione e trasmissione alla Direzione Amministrativa aziendale	45		Si (allegare procedura)	
5	Supporto alla informatizzazione dei PP.OO.	5.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (supporto al Dipartimento del Farmaco e alla Direzione medica di P.O.): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	30	non realizzato ma giustificato	Si (allegare relazione)	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo:
UOC Coordinamento amministrativo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	
4	Elaborazione procedura per l'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 40.000,00 (sotto soglia)	4.1	Redazione della procedura, monitoraggio dell'applicazione e trasmissione alla Direzione Amministrativa aziendale	45		Si (allegare procedura)	
5	Supporto alla informatizzazione dei PP.OO.	5.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (supporto al Dipartimento del Farmaco e alla Direzione medica di P.O.): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	30	non realizzato ma giustificato	Si (allegare relazione)	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Direzione Sanitaria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	4.1	Realizzazione di audit su casi di infezioni sostenute da germi multiresistenti con pianificazione di azioni di miglioramento	5		Sì (allegare relazione)	
5	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 (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento approvate dalla Direzione aziendale e realizzazione di altre attività eventualmente previste dall'Assessorato della Salute	5		Sì (allegare relazione)	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa $t = \frac{n.pazienti \text{ con permanenza } >24 \text{ ore al PS al tempo } t}{n.pazienti \text{ con permanenza } < 24 \text{ ore al PS al tempo } t}$	5		≥ 70%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	
7	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	7.1	Realizzazione di 2 incontri (uno per semestre) con il Referente Qualità Rischio clinico di P.O e i Responsabili delle UU.OO. e del Coordinamento Amministrativo del P.O. (convocati con un anticipo minimo di una settimana) con esito di verbale che riporti le principali criticità individuate e documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	5		Sì (allegare verbali)	

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOC Direzione Sanitaria**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. non dipendenti da Dipartimenti sanitari	5		Sì (allegare documento)	
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Sì (allegare relazione)	
10	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	10.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Sì (allegare relazione)	
		10.2	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Sì (allegare report)	
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65; sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente agli indicatori: -(sub-obiettivo 2.1) Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65; - (sub-obiettivo 2.4) 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.	5		Sì (allegare relazione)	
12	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	12.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		Sì (allegare relazione)	

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Direzione Sanitaria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
13	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	13.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		Sì (allegare report e relazione)	
14	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	14.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=200	
15	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	15.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		>=70%	
16	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	16.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOC Medicina interna

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Medicina generale)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	60/60 100%	>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	55/55 100%	>=90%	
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	0/0	>=90%	
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	101/101 100%	>=90%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	174/174 100%	100%	
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Medicina interna (nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Medicina generale)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOC Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	7.1	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.	10	57/73 78,08%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa $t = \frac{n.pazienti\ con\ permanenza >24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n.pazienti\ con\ permanenza < 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}$	5		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOC Cardiologia - UTIC

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Cardiologia)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	20	70/70 100%	>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	20	58/58 100%	>=90%	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	72/72 100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	15		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOC Cardiologia - UTIC

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Cardiologia)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	7.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa $t = \frac{\text{n.pazienti con permanenza } >24 \text{ ore al PS al tempo } t}{\text{n.pazienti con permanenza } < 24 \text{ ore al PS al tempo } t}$	5		>= 70%	
		7.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20	89/89 100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	15		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	
7	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)“Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore” e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	7.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	SI	Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	8.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	38/56 67,86%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
9	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	9.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		9.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Funzioni igienico-organizzative <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Direzione Sanitaria di Presidio)</small>							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	4.1	Realizzazione di audit su casi di infezioni sostenute da germi multiresistenti con pianificazione di azioni di miglioramento	5		Si (allegare relazione)	
5	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 (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento approvate dalla Direzione aziendale e realizzazione di altre attività eventualmente previste dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione)	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		≥ 50%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	

Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Funzioni igienico-organizzative <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Direzione Sanitaria di Presidio)</small>							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
7	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	7.1	Realizzazione di 2 incontri (uno per semestre) con il Referente Qualità Rischio clinico di P.O e i Responsabili delle UU.OO. e un referente amministrativo del P.O. (convocati con un anticipo minimo di una settimana) con esito di verbale che riporti le principali criticità individuate e documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	5		Si (allegare verbali)	
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. non dipendenti da Dipartimenti sanitari	5		Si (allegare documento)	
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Si (allegare relazione)	
10	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	10.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	
		10.2	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65; sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - (sub-obiettivo 2.4) 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.	5		Si (allegare relazione)	

Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Funzioni igienico-organizzative <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Direzione Sanitaria di Presidio)</small>							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
12	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	12.1	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	
13	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	13.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		Si (allegare report e relazione)	
14	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	14.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
15	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	15.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		>=70%	
16	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	16.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
UOC Medicina interna

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Medicina generale)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	14/14 100%	>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	14/14 100%	>=90%	
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	7/7 100%	>=90%	
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	17/18 100%	>=90%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	27/27 100%	100%	

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
UOC Medicina interna

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Medicina generale)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 50%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
UOS Chirurgia generale

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC diventa UOS, come dato atto con deliberazione 431 del 04/04/2019))

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	54/54 100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	7.1	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.	10	10/10 100%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollimento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollimento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOS Direzione Sanitaria <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOS diventa UOC)</small>							
N. OBTV	OBIEITIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	4.1	Realizzazione di audit su casi di infezioni sostenute da germi multiresistenti con pianificazione di azioni di miglioramento	5		Sì (allegare relazione)	
5	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 (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento approvate dalla Direzione aziendale e realizzazione di altre attività eventualmente previste dall'Assessorato della Salute	5		Sì (allegare relazione)	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	
7	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	7.1	Realizzazione di 2 incontri (uno per semestre) con il Referente Qualità Rischio clinico di P.O e i Responsabili delle UU.OO. e del Coordinamento Amministrativo del P.O. (convocati con un anticipo minimo di una settimana) con esito di verbale che riporti le principali criticità individuate e documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	5		Sì (allegare verbali)	

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOS Direzione Sanitaria (nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOS diventa UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. non dipendenti da Dipartimenti sanitari	5		Sì (allegare documento)	
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Sì (allegare relazione)	
10	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	10.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Sì (allegare relazione)	
		10.2	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Sì (allegare report)	
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65; sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente agli indicatori: -(sub-obiettivo 2.1) Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65; - (sub-obiettivo 2.4) 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.	5		Sì (allegare relazione)	
12	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	12.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		Sì (allegare relazione)	

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOS Direzione Sanitaria (nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOS diventa UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
13	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	13.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		Sì (allegare report e relazione)	
14	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	14.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=200	
15	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	15.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		>=70%	
16	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	16.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Sì	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOC Medicina interna

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Medicina generale)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	66/68 97%	>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	15/16 93,75%	>=90%	
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	17/17 100%	>=90%	
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	40/42 95%	>=90%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	93/93 100%	100%	

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Medicina interna <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Medicina generale)</small>							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Chirurgia generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	24/24 100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	7.1	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.	10	37/43 86,05%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOC Ortopedia e traumatologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20	36/36 100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	15		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
7	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	7.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOC Ortopedia e traumatologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	8.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	89/107 83,18%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
9	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	9.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		9.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Otorinolaringoiatria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	99/99 100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	7.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	4.1	Realizzazione di audit su casi di infezioni sostenute da germi multiresistenti con pianificazione di azioni di miglioramento	5		Sì (allegare relazione)	
5	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 (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento approvate dalla Direzione aziendale e realizzazione di altre attività eventualmente previste dall'Assessorato della Salute	5		Sì (allegare relazione)	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	
7	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	7.1	Realizzazione di 2 incontri (uno per semestre) con il Referente Qualità Rischio clinico di P.O e i Responsabili delle UU.OO. e un referente amministrativo del P.O. (convocati con un anticipo minimo di una settimana) con esito di verbale che riporti le principali criticità individuate e documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	5		Sì (allegare verbali)	

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. non dipendenti da Dipartimenti sanitari	5		Sì (allegare documento)	
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Sì (allegare relazione)	
10	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019-GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	10.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Sì (allegare relazione)	
		10.2	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Sì (allegare report)	
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65; sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - (sub-obiettivo 2.4) 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.	5		Sì (allegare relazione)	
12	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	12.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		Sì (allegare relazione)	

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
13	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	13.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		Si (allegare report e relazione)	
14	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	14.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	
15	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	15.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		>=70%	
16	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	16.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOC Medicina interna <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Medicina generale)</small>							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	127/127 100%	>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc \geq 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc \geq 2	10	127/127 100%	>=90%	
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	10/10 100%	>=90%	
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	110/110 100%	>=90%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	112/112 100%	100%	

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOC Medicina interna (nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Medicina generale)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa $t = \frac{n.pazienti\ con\ permanenza >24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n.pazienti\ con\ permanenza < 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}$	5		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Direzione Sanitaria**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	4.1	Realizzazione di audit su casi di infezioni sostenute da germi multiresistenti con pianificazione di azioni di miglioramento	5		Sì (allegare relazione)	
5	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 (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento approvate dalla Direzione aziendale e realizzazione di altre attività eventualmente previste dall'Assessorato della Salute	5		Sì (allegare relazione)	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		≥ 70%	
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	
7	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	7.1	Realizzazione di 2 incontri (uno per semestre) con il Referente Qualità Rischio clinico di P.O e i Responsabili delle UU.OO. e del Coordinamento Amministrativo del P.O. (convocati con un anticipo minimo di una settimana) con esito di verbale che riporti le principali criticità individuate e documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	5		Sì (allegare verbali)	
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. non dipendenti da Dipartimenti sanitari	5		Sì (allegare documento)	

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Direzione Sanitaria**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Sì (allegare relazione)	
10	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019-GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, 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)	10.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Sì (allegare relazione)	
		10.2	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Sì (allegare report)	
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65; sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente agli indicatori: -(sub-obiettivo 2.1) Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65; - (sub-obiettivo 2.3) PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati - (sub-obiettivo 2.4) 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.	5		Sì (allegare relazione)	
12	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	12.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		Sì (allegare relazione)	
13	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	13.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		Sì (allegare report e relazione)	
14	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	14.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=200	

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Direzione Sanitaria**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
15	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	15.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		>=70%	
16	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	16.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Medicina interna

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Medicina generale)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	36/36 100%	>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	34/34 100%	>=90%	
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	60/60 100%	>=90%	
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	NO giustificato	>=90%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	45/45 100%	100%	
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Medicina interna

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Medicina generale)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	100%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	7.1	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.	10	41/44 93,18%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Ortopedia e traumatologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20	70/70 93,18%	100%	
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	15		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
7	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015) "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	7.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	SI	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Ortopedia e traumatologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	8.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	31/73 42,47%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
9	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	9.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		9.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Cardiologia - UTIC con emodinamica

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Cardiologia)

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA e SCA (sindrome coronarica acuta) per i quali, sulla base del rischio emorragico, si forniscono indicazioni nella relazione di dimissione del tipo e dei tempi di terapia antiaggregante e anticoagulante / N. pazienti con FA e SCA dimessi	20	162/170 95,3%	>=90%	
4	Miglioramento della relazione medico-paziente	4.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	10		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	54/54 100%	100%	
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	8.1	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	10	82/92 89,13%	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Cardiologia - UTIC con emodinamica

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Cardiologia)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
9	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	9.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		9.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	15		>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	15		>=90%	
4	Miglioramento della relazione medico-paziente	4.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	10		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	111/108 100%	100%	
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	
			totale peso	100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOS Gastroenterologia ed endoscopia - Screening colon retto
(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOS afferisce alla UOC Medicina generale)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1): Screening oncologico relativo al tumore del colon retto	3.1	ESTENSIONE: N. di soggetti invitati / popolazione target	15		100%	
		3.2	ADESIONE: N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5		>=50%	
		3.3	Esistenza di PDTA per lo Screening oncologico relativo al tumore del colon retto	25		Sì (allegare documento e relazione)	
		3.4	N. di colonscopie con raggiungimento del cieco/ N. di colonscopie eseguite	20	98%	>=90%	
		3.5	N. di colonscopie con pulizia adeguata/ N. di colonscopie eseguite	25		>=90%	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Medicina fisica e riabilitazione intensiva <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Recupero e riabilitazione funzionale (con posti letto))</small>							
UOC	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
4	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti del Centro "Villa delle Ginestre"	4.1	N. cartelle cliniche con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. cartelle cliniche dei pazienti degenti	35	94/94 100%	>=90% (allegare report)	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	30	30/30 100%	100%	
6	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	6.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida)	20		Sì (allegare documento)	
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo
UOC Medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale

(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è ridenominata UOC Recupero e riabilitazione funzionale (senza posti letto))

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	
3	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti presso il P.O. Ingrassia	3.1	N. pazienti degenti presso P.O. Ingrassia per i quali si effettua la valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo / N. pazienti degenti nel P.O. Ingrassia per i quali si è ricevuta richiesta di valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo	25		> 90%	
4	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti ambulatoriali del Centro "Villa delle Ginestre"	4.1	N. pazienti con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. pazienti destinatari di progetto riabilitativo	25		>=90% (allegare report)	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	100%	
6	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	6.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida)	20		Si (allegare documento)	
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

Valore atteso 80%	
Indicatore 1	% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità
Razionale e descrizione	<p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".</p>
Numeratore	Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica
Denominatore	Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva)
Fonte dei dati	Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste
Stratificazione	Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche
Note	Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare.

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

Distretti

Valore atteso 80%	
Indicatore 1	% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità
Razionale e descrizione	Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. L'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi.
Numeratore	I pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per per l'autogestione della propria condizione
Denominatore	Pazienti con patologie croniche target (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale.
Fonte dei dati	Cartella clinica ambulatoriale. Interviste, gruppi di lavoro, interventi di Educazione alla Salute
Stratificazione	Ambulatori età , sesso, tipologia di malattie croniche
Note	Gli interventi vanno documentati nella cartella clinica sia da parte dei medici che da parte degli infermieri (ambulatori infermieristici) o di altri operatori ove presenti (dietisti, psicologi..).