

IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
PALERMO

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n° 001653

del 25 OTT 2023

OGGETTO: Revisione del Piano delle Performance nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 dell'ASP di Palermo.

<p><b>STRUTTURA PROPONENTE</b> <b>UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE</b></p> <p>Proposta n. <u>5</u> del <u>24/10/2023</u></p> <p>Quadro Economico Patrimoniale – Bilancio _____</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>IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (Dott. Luca Iacolino)</p> <p>Il Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione Coordinatore del Gruppo di Lavoro PIAO (Dott. Salvatore Bellomo)</p>
---

<p><b>DIPARTIMENTO RISORSE TECNOLOGICHE- FINANZIARIE E STRUTTURALI</b> <b>ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO</b> <b>Esercizio 2023</b></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 UOC Bilancio e Programmazione</p> <p>_____</p>
---

L'anno duemilaventitré, il giorno 25 del mese di ottobre, nei locali della Sede Legale di Via Giacomo Cusmano n.24 – Palermo, il Commissario Straordinario dell'ASP di Palermo Dott.ssa Daniela Faraoni, nominata con D.A. n.53. del 29/12/2022,\* assistito da DR. LUIGI VALLONE quale segretario verbalizzante, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata

\* e preparato con D.A. n° 28/2023/CAO del 29/06/2023

**Il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione**  
**Dott. Salvatore Bellomo**

**VISTA** la normativa in materia di misurazione e valutazione della performance:

- ✓ Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 recante “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- ✓ Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- ✓ Decreto legislativo 1 agosto 2011, n.141 Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15;
- ✓ Decreto legge 24 giugno 2014, n.90, recante “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari.” Il decreto ha trasferito (vedi art. 19, comma 9) le funzioni dell’Autorità Nazionale Anticorruzione in materia di misurazione e valutazione della performance, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, al Dipartimento della funzione pubblica;
- ✓ Legge 7 agosto 2015, n. 124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- ✓ Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n.105, che regola le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni;
- ✓ Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”;

**VISTO** l’art. 6 del D.L. 09/06/2021 n. 80, convertito con modificazioni nella legge 06/08/2021 n. 113 per tutte le pubbliche amministrazioni, di cui all’art. 1 comma 2 del D.Lgs 165/2001, con più di 50 dipendenti è stata prevista l’adozione di un nuovo strumento di programmazione denominato Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);

**VISTO** l’art.6 comma 4 del suddetto Decreto Legge prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano il Piano e i relativi aggiornamenti entro il 31 gennaio di ogni anno nel proprio sito internet istituzionale e li inviano al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale;

**PRESO ATTO** degli esiti della Conferenza Unificata del 9 febbraio 2022 in cui è stata raggiunta l’intesa in merito allo schema di Decreto del Presidente della Repubblica recante “Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato delle attività e organizzazione, ai sensi dell’art. 6, comma 5 del Decreto legge 9 giugno 2021 n° 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113”;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica n.81 del 24 giugno 2022 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di attività ed organizzazione”;

**VISTA** la nota circolare n. 2/2022 del 11/10/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica avente ad oggetto: “Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all’articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80”;

**PRESO ATTO** del comunicato del Presidente dell’ANAC avente ad oggetto: “Termine per l’adozione e la pubblicazione del PTPCT 2023-2025 e del PIAO 2023-2025” con cui si è provveduto a comunicare che il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA) è stato approvato definitivamente il 17 gennaio 2023 dal Consiglio dell’Autorità con la delibera del 17/01/2023 n. 7 ed allo stesso tempo si è rappresentato di fare affidamento alla data del 31/03/2023 come termine di adozione e pubblicazione del PTPCT e del PIAO anche prima della conclusione dell’iter normativo;

**PRESO ATTO** che con Delibera n. 135 del 02/02/2023, ai cui contenuti si rinvia, è stata approvata ed adottata il PTPC 2023/2025 dell'ASP di Palermo;

**PRESO ATTO** art. 10 comma 11bis del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198 (cosiddetto Milleproroghe) che prevede quale termine di approvazione ed adozione del PIAO il 31/03/2023;

**VISTA** la nota prot. n° 164214 del 31 agosto 2022 del Direttore Generale con cui viene costituito un Gruppo di Lavoro per la redazione del Piano integrato di attività e organizzazione ed integrato da successiva disposizione prot. n. 210785 del 28 ottobre 2022;

**PRESO ATTO** della delibera n. 470 del 4/03/2023 avente ad oggetto "Approvazione ed adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 dell'ASP di Palermo";

**PRESO ATTO** della delibera n.990 del 29/06/2023 avente ad oggetto "Approvazione ed adozione della Relazione della Performance 2022 dell'Asp di Palermo" con la quale il Commissario Straordinario invitava la UOC Programmazione Controllo di Gestione ad una revisione straordinaria degli obiettivi 2023;

**TENUTO CONTO** che la UOC Programmazione Controllo di Gestione sulla base della delibera 990 del 29/06/2023 ha proceduto ad effettuare la negoziazione degli obiettivi tramite audizione di quasi tutte le articolazioni aziendali e che, l'ultimo atto conclusivo del procedimento, è stato definito con nota prot.n. 369597 del 23/10/2023;

**VISTA** la nota prot. n. 86237-2023 del 5/04/2023 (all.1), che si allega e, ai cui contenuti si rinvia, con la quale la Direzione Strategica ha assegnato *top-down* su proposta della UOC Sviluppo e Gestione dei progetti Sanitari gli obiettivi PNRR che avranno una pesatura del 40% sulla Performance Organizzativa;

**VISTA** la nota prot. n. 227785-2023 del 12/07/2023 con la quale l'UOC Sviluppo dei Progetti Sanitari stralcia rispettivamente la scheda obiettivo assegnata alle UUOO Cure Primarie, Distretti, Pta, Cronicità e Percorsi Assistenziali e la scheda assegnata alle UU.OO. Integrazione Socio-Sanitaria, Cure Palliative, rimanendo attivo l'obiettivo assegnato a tutte le macrostrutture, la cui scheda è parte integrante del presente atto;

**VISTA** la nota prot. n. 362017-2023 del 18/10/2023 (all.2), che si allega e, ai cui contenuti si rinvia, con la quale la UOC Sviluppo e Gestione dei progetti Sanitari, rimodula la scheda PNRR fermo restando una pesatura del 40% sulla Performance Organizzativa;

**VISTA** la nota prot. n. 350497-2023 del 11/10/2023, che si allega, con la quale il Dr. Luca Iacolino è stato nominato responsabile del procedimento relativo al presente atto (all.3);

**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, nella qualità di Coordinatore del Gruppo di Lavoro PIAO, che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata è conforme alla normativa che disciplina la materia trattata ed è, sia nella forma che nella sostanza, totalmente legittimo, veritiero 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,

Intercalare alla delibera  
001653 del 05/01/2023

**PROPONE di:**

- 1) **APPROVARE ED ADOTTARE** la revisione dell'Allegato 3 denominato "Gli obiettivi operativi e le schede di budget anno 2023", che sostituisce integralmente il precedente atto citato, della sottosezione "Piano della Performance" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 adottato con delibera n.470 del 30/03/2023,
- 2) **DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
- 3) **DARE CARICO** all'U.O. Comunicazione e Informazione di pubblicare sul sito istituzionale nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente" alle sottosezioni: "Performance-Piano della Performance", il presente provvedimento completo del relativo allegato (anche attraverso link di rinvio alla prima sezione in cui si effettua la pubblicazione in attuazione dell'art. 9 del D.Lgs. n. 33/2013);
- 4) **TRASMETTERE** copia della presente deliberazione, con il relativo allegato all'O.I.V. dell'ASP di Palermo ed al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 42, comma 2, Legge regionale 24 febbraio 2005, n° 40 e s.m.i.;
- 5) **TRASMETTERE**, infine, il documento che si adotta con il presente provvedimento a tutte le strutture coinvolte nel Gruppo di Lavoro sopra citato e a tutte le articolazioni aziendali;
- 6) **DICHIARARE** la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

^.\*.\*.\*.\*^

IL DIRETTORE DELL'UOC  
Programmazione Controllo di Gestione  
(Dr. Salvatore Bellomo)

parere \_\_\_\_\_ dal

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Sul presente atto viene espresso

parere Favorevole dal

DIRETTORE SANITARIO  
(Dr. Francesco Cellito)

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Vista la proposta di deliberazione che precede, e che s'intende qui di seguito riportata e trascritta;  
Visto il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario;  
Ritenuto di condividerne il contenuto;  
Assistito dal segretario verbalizzante,

**DELIBERA**

**per quanto sopra premesso, da intendersi qui integralmente trascritto e riportato:**

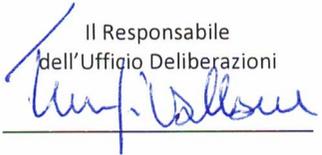
di **APPROVARE** la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dr.ssa Daniela Faraoni)

Il Segretario verbalizzante

**ATTESTAZIONI**

Deliberazione n° 001653 del 25 OTT 2023

Il Responsabile  
dell'Ufficio Deliberazioni  


12 9 OTT 2023

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 RESPONSABILE DELL'UFFICIO DELIBERAZIONI  
\_\_\_\_\_

Annotazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALL. 1



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

**UOC Programmazione controllo di gestione**

Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

e-mail: [controllogestione@asppalermo.org](mailto:controllogestione@asppalermo.org)

pec: [controllogestione@pec.asppalermo.org](mailto:controllogestione@pec.asppalermo.org)

web: [www.asppalermo.org](http://www.asppalermo.org)

DATA 5/04/2023

PROT. N° 86237

ALLEGATO ALLA DELIBERA

00.1653 DEL 25 OTT 2023

Ai Direttori dei Dipartimenti sanitari 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 Famiglia
- Dipartimento Farmaceutico
- Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini
- Dipartimento Emergenza-Urgenza

Ai Direttori dei Dipartimenti sanitari funzionali (o, in mancanza, ai Direttori delle UOC):

- Dipartimento Cure Primarie
- Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria
- Dipartimento Attività Ospedaliere
- Dipartimento di Chirurgia

Ai Direttori dei Dipartimenti amministrativi:

- Dipartimento Risorse Umane
- Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali

Ai Direttori dei Distretti Sanitari:

- Distretto Sanitario n.33 di Cefalù
- Distretto Sanitario n.34 di Carini
- Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana
- Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri
- Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese
- Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi
- Distretto Sanitario n.39 di Bagheria
- Distretto Sanitario n.40 di Corleone
- Distretto Sanitario n.41 di Partinico
- Distretto Sanitario n.42 Palermo

Ai Direttori/Responsabili FIO dei PP.OO.:

- P.O. "Civico" di Partinico
- P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
- P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
- P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana
- P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo
- P.O. "Villa delle Ginestre" di Palermo

Ai Direttori e ai Responsabili delle UU.OO. in staff alla Direzione Aziendale

- UOC Coordinamento staff strategico
- UOC Programmazione controllo di gestione
- UOC Legale
- UOC Sviluppo e gestione dei progetti sanitari
- UOC Psicologia
- UOC Servizio prevenzione e protezione

Ai Direttori/Responsabili delle strutture afferenti alla Direzione Sanitaria

- UOC Centro Gestionale Screening
- UOS Sorveglianza Sanitaria

- UOS Educazione alla salute aziendale
  - UOS Sistema Informativo e Statistico
- Ai Direttori delle strutture afferenti alla Direzione Amministrativa
- UOC Coordinamento Amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 1
  - UOC Coordinamento Amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 2
  - UOC Coordinamento Amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 3

e, p.c. All'O.I.V. per il tramite del Responsabile della Struttura Tecnica Permanente  
 Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione  
 Al Responsabile della Trasparenza  
 LORO SEDI

**Oggetto: Assegnazione obiettivi performance anno 2023**

- 1. Assegnazione obiettivi performance organizzativa**
- 2. Assegnazione obiettivi PNRR**

Preso atto della delibera n.470 del 30/03/2023 con la quale è stato approvato il PIAO, a cui si rimanda per eventuali approfondimenti, e con il quale sono stati definiti gli obiettivi di performance Organizzativa per l'anno 2023 e contestualmente gli obiettivi specifici del PNRR per le strutture interessate.

Si rappresenta che le schede obiettivi avranno le seguenti **pesature (per un tot. di 100%)** così ripartito:

- a) Scheda obiettivi performance organizzativa pesatura pari a 60%;
- b) Scheda obiettivi PNRR pesatura pari a 40%.

Si ricorda che gli assegnatari degli obiettivi dovranno procedere alla conseguente attribuzione degli obiettivi cd "a cascata" ai responsabili delle strutture afferenti e che, a loro volta, completeranno l'attribuzione fino a livello individuale, utilizzando le schede di valutazione individuale 2023 pubblicate sul sito aziendale alla "sezione regolamenti". Tale processo il cui governo è demandato alle SSSL dovrà essere opportunamente documentato e relazionato a fine anno.

1. Con la presente, si trasmettono alle SS.LL. le schede contenenti gli **obiettivi di performance organizzativa** anno 2023. Le schede, destinate anche alle UUOCC afferenti assegnatarie di obiettivi di budget, sono inviate per posta elettronica in formato pdf e dovranno essere restituite, timbrate e firmate dai responsabili delle relative strutture, alla UOC Programmazione Controllo di Gestione entro 15g dalla data della presente nota. Si fa presente che, nel corso dell'anno gli obiettivi potranno essere oggetto di eventuali modifiche ed integrazioni a seguito di indicazioni da parte dell'assessorato regionale alla salute o per determinazioni aziendali che potranno intervenire.
2. Con la presente, si trasmettono alle SS.LL. le schede contenenti gli **obiettivi PNRR** anno 2023, individuati dalla Direzione Strategica. Le schede, destinate anche alle UUOCC afferenti assegnatarie di obiettivi di budget, sono inviate per posta elettronica in formato pdf e dovranno essere restituite, timbrate e firmate dai responsabili delle relative strutture, alla UOC Programmazione Controllo di Gestione e, contestualmente, alla UOC Sviluppo Gestionale dei Progetti Sanitari entro 15g dalla data della presente nota. Si fa presente che, nel corso dell'anno gli obiettivi potranno essere oggetto di eventuali modifiche ed integrazioni a seguito di indicazioni o determinazioni aziendali che potranno intervenire.

Per ogni eventuale chiarimento circa la corretta compilazione della Scheda obiettivi rivolgersi all'UOC Programmazione Controllo di Gestione al seguente n. 091 703 2703.

Il Direttore della UOC  
 Programmazione Controllo di Gestione  
 (Dr. Salvatore Bellomo)

Il Direttore Sanitario  
 (Dr. Francesco Cerito)

Il Direttore della UOC  
 Sviluppo Gestionale dei Progetti Sanitari  
 (Dr. Concetta Noto)

Il Direttore Amministrativo

Il Commissario Straordinario  
 (Dr. ssa Daniela Faraoni)

ALL. 2



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141  
PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

ALLEGATO ALLA DELIBERA

N. 001653 DEL.

10/11

**Direzione Generale**  
**UOC "Sviluppo e Gestione dei**  
**Progetti Sanitari"**

Via Giacomo Cusmano n. 24  
90141 Palermo

**Telefono**  
091 7032079/2997

**EMAIL**  
uoprogettazione@asppalermo.org

**WEB**  
[www.asppalermo.org](http://www.asppalermo.org)

DATA

PROT. N°

Alla cortese attenzione  
UOC Programmazione Controllo di Gestione  
*Dott. S. Bellomo*

**Oggetto:** Trasmissione Obiettivi di Performance, per le Macrostrutture, in linea con Milestone e Target della Missione 6 del PNRR.  
Rettifica nota prot. n. 80604 del 31/03/2023

A parziale modifica della nota in oggetto, si trasmettono gli obiettivi di performance relativi all'anno 2023 individuati per le Macrostrutture e correlati al raggiungimento di Milestone e Target della Missione 6 del PNRR.

Il Direttore UOC Sviluppo e Gestione  
dei Progetti Sanitari  
RUA PNRR

*Dott.ssa Concetta Noto*



ALL. 3

DATA 11-10-2023

PROT. N° 350497



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO  
C.F. e P.I.V.A.: 05841760829

UOC Programmazione controllo di gestione  
Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO  
e-mail: [controllogestione@asppalermo.org](mailto:controllogestione@asppalermo.org)

ALLEGATO ALLA DELIBERA

N. ~~001653~~ DEL 25 OTT 2023

Al Dr. Luca Iacolino  
Collab. Amm.vo Prof.le

**OGGETTO: Nomina Responsabile del Procedimento Amministrativo finalizzato alla stesura della proposta di deliberazione per la revisione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2023-2025 dell'ASP di Palermo relativa al Piano di Performance.**

**PREMESSO** che con nota n. ASP/19015/2018 del 20/04/2018, con la quale sono state disposte le indicazioni per la predisposizione di proposte di delibera e/o redazione di determina, la Direzione Aziendale ha disposto, tra l'altro, che, per ogni procedimento amministrativo, occorre che sia nominato, con apposito atto, un responsabile del procedimento cui assegnare la responsabilità dell'istruttoria;

**VISTA** la Legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modifiche ed integrazioni, ed in particolare gli artt. 4, 5, 6 e ss. relativi all'individuazione dei responsabili del procedimento;

**VISTA** l'art. 5 della Legge Regionale n. 10 del 30 aprile 1991;

**VISTA** la nota prot. 164214 del 31/08/2022 con la quale il Direttore Generale ha costituito un gruppo di lavoro finalizzato al coordinamento della redazione del PIAO e del suo monitoraggio, successivamente integrato con nota prot. n. 210785 del 28/10/2022;

**VISTA** la nota prot. 254213 del 23/12/2022 con la quale lo scrivente, n.q. di coordinatore del suddetto gruppo di lavoro ha richiesto la trasmissione degli aggiornamenti delle varie Sezioni/Sottosezioni per procedere all'elaborazione del PIAO 2023/2025;

**SI NOMINA LA S.V.**

Responsabile del Procedimento Amministrativo dell'istruttoria relativa alla revisione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2023-2025 dell'ASP di Palermo relativa al Piano di Performance, nonché di quella relativa alla stesura della proposta di delibera per l'adozione, ed ogni altro relativo adempimento procedimentale.

Il Direttore della UOC  
Programmazione Controllo di Gestione  
(Dr. Salvatore Bellomo)

**Allegato 3 - Gli obiettivi operativi e le schede di budget anno 2023**

**ALLEGATO 3**

**GLI OBIETTIVI OPERATIVI E LE SCHEDE DI  
BUDGET ANNO 2023**

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Centro Gestionale Screening							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	10	>=95%		SURVEY
4	Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma (obiettivo di outcome proxy - rif DA1845 del 18/09/2012)	4.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	>=50% (dal 25% al 49% è 50%)		SURVEY
		4.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	3	>=3% 2022		SURVEY
5	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	5.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	10	>=95%		SURVEY
6	Adesione del programma di screening del tumore della mammella (obiettivo di outcome proxy - rif DA1845 del 18/09/2012)	6.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	>=60% (dal 30% al 59% è 50%)		SURVEY
		6.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	3	>=3% 2022		SURVEY
7	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	7.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	10	>=95%		SURVEY
8	Adesione del programma di screening del colon retto (obiettivo di outcome proxy - rif DA1845 del 18/09/2012)	8.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	>=50% (dal 25% al 49% è 50%)		SURVEY
		8.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	3	>=3% 2022		SURVEY
9	Definizione tempi d'attesa per l'invio degli esiti negativi	9.1	N. esiti negativi inviati alla spedizione entro 1 settimana dalla registrazione dell'esito negativo / N. esiti negativi registrati	5	>=80%		documentazione interna
10	Miglioramento dell'informazione agli utenti	10.1	N. di risposte fornite entro 48 ore sui social media alle richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici / N. richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici	5	>=95%		documentazione interna
		10.2	N. di risposte fornite entro 48 ore tramite front office Whatsapp alle richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici / N. richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici	5	>=90%		documentazione interna
11	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (Customer satisfaction)	11.1	N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici a cui si somministra questionario di soddisfazione / N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici	10	>=0,5%		documentazione interna
12	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	12.1	Compilazione survey nazionali GISMa, GISCoR, GISCi entro 15 giorni dopo la scadenza	5	SI (allegare relazione)		documentazione interna
13	Aggiornamento della banca dati anagrafica	13.1	N. aggiornamenti annuali della banca dati anagrafica	15	1		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

## UOC Coordinamento Staff Strategico (\*)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2,3 indicati nella scheda PTPC allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021-2023 - Sezione "Trasparenza ed integrità" - All. A1 Elenco degli obblighi di pubblicazione.	5		100%		documentazione interna
3	Elaborazione e redazione della Procedura Aziendale per la gestione delle maxi-emergenze nei PP.SS. dei 5 PP.OO. dell'Azienda: PEIMAF - Piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti. Gruppo di lavoro: Bed Manager, Direttori e Responsabili medici dei Presidi Ospedalieri, Dipartimento Emergenza-Urgenze.  (UOS Bed Management)	3.1	Redazione Procedura in conformità alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06/04/2006 e pubblicata nella GURI serie generale n. 87 del 13 aprile 2006 e del Comunicato della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 03/05/2006 "Indicazioni per il coordinamento operativo di emergenze dovute ad incidenti stradali, ferroviari, aerei e di mare, ad esplosioni e crolli di strutture e ad incidenti con presenza di sostanze pericolose". (G.U. n. 101 del 3 maggio 2006).	5		SI/NO		Redazione Procedura conforme all'indicatore e approvata dall'UOS Qualità e gestione del Rischio clinico.
4	Piano di formazione aziendale all'utilizzo dei DAE  (UOS Formazione e Sviluppo Apprendimento Organizzativo)	4.1	Realizzazione dei corsi "BLS" con utilizzo del "DAE" secondo programmazione aziendale	5		n. eventi realizzati/ n. eventi programmati - maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		Relazione allegata
5	Applicazione del sistema di misurazione e valutazione delle performance aziendale in adempimento al D.Lgs 150/09 e s.m.i. agli indirizzi del Dipartimento Funzione Pubblica e ai CCNL.  (UOS Valutazione e Valorizzazione RR.UU.)	5.1	n- di valutazioni individuali che seguono le procedure interne/n. di valutazioni individuali pervenute	5	4,829/4,829 100%	n. eventi realizzati/ n. eventi programmati - maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		Relazione allegata
		5.2	Realizzazione di n. 2 edizioni dell'evento formativo rivolto ai Direttori di macrostruttura per l'aggiornamento sul regolamento e sulle procedure di valutazione procedure di valutazione.	5	100%	n. eventi realizzati/ n. eventi programmati - maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		
6	Attività Referenti Ricerca e internazionalizzazione (D.A. n. 1268 dell'1/7/2013 e successive integrazioni)  (Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria in collaborazione con U.O.S. Formazione)	6.1	n. partenariati progettuali richiesti e accordati dal D.G. a enti richiedenti o procedure di partenariato definite su apposite piattaforme e/o programmi (Portale CHAIROS, Call for Proposal eccc)	5	6/6 100%	n. eventi progettuali realizzati/ n. eventi progettuali richiesti - maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		Report e dati piattaforma Chairros
		6.2	Realizzazione corso di formazione sulle metodologie finalizzate al coinvolgimento del terzo settore in procedure di co-progettazione	5		n. eventi realizzati/ n. eventi programmati - maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		Documentazione UOS Formazione Relazione finale

## UOC Coordinamento Staff Strategico (\*)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Monitoraggio ed aggiornamento mensile delle informazioni previste dalla Carta dei Servizi nel sito web aziendale (organigrammi, contatti, procedure) <b>(UOS Comunicazione ed Informazione)</b>	7.1	n° di gg trascorsi per evadere le richieste di modifica/aggiornamento sito web- strutture aziendali che richiedono aggiornamenti alle pagine di competenza / N° totale delle richieste di aggiornamento evase	10		Da 0 a 10 gg di attesa è 100%, da 11 a 20 è 75%, superiore a 26 gg è 0		Relazione allegata
8	Verifiche report dati P.I.A. (Privacy Impact Assessment) elaborati con la consulenza della società Leonardo S.p.A. per l'anno 2022 <b>(UOS Data protection officer e Sistemi di sicurezza nei rapporti istituzionali)</b>	8.1	Totale verifiche strutture aziendali anno 2023 / Numero strutture aziendali sottoposte a P.I.A. (5) anno 2022	10		maggiore uguale 90 è 100%, da 70 a 89 è 75 % , se inferiore al 69 è 0%.		Relazione allegata
9	Supporto agli obiettivi delle Direzioni Strategiche	9.1	Rendicontazione/Relazione degli obiettivi della Direzione Strategica su input Regione secondo il cronoprogramma Agenas.	15		SI/no		Relazione allegata
10	Contributo della UOC Coordinamento staff strategico alla realizzazione delle fasi preliminari al PNRR	10.1	Definizione e redazione di una procedura sui percorsi di accesso (criteri) sugli ospedali di comunità. (UUOO coinvolte: INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA/ DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA) <b>UOS Bed Management</b>	5		redazione si/no		Relazione allegata
		10.2	Monitoraggio e supporto alla Direzione Generale nell'attuazione dei programmi di adeguamento previsti dai rapporti di verifica in applicazione al D.A. 9 agosto 2022 n. 725 "definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche". (UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico) -Monitoraggio delle azioni correttive indicate nei rapporti di verifica per ogni articolazione aziendale coinvolta come soggetto deputato al governo dell'accesso alle cure domiciliari , come da DA 3/09/2021 n.874. <b>N° STRUTTURE MONITORATE / TOTALE STRUTTURE DA MONITORARE</b>	10		maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		Monitoraggio e Rendicontazione trimestrale delle azioni correttive previste dai rapporti di verifica

## UOC Coordinamento Staff Strategico (\*)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
		10.3	Definizione e programmazione del corso di formazione mirato al personale coinvolto nella nuova rete territoriale. UOS Formazione e Sviluppo Apprendimento Organizzativo	10		realizzazione si/no		Relazione allegata
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

(\*) Sarà cura dei Responsabili delle UU.OO. produrre una relazione trimestrale sull'attività svolta corredata da dati oggettivi e, allo stesso modo, esigeranno lo stessa attività rendicontativa da parte del personale di assegnazione.

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Programmazione Controllo di Gestione							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	3.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)"	15	Si (allegare documentazione)		documentazione interna
4	Ciclo di Performance	4.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Relazione sulla performance" 2022	10	Si (allegare documentazione)		documentazione interna
		4.2	Negoziante e/o revisione delle schede Obiettivo di Performance Organizzativa 2023/ n. totale di strutture	5	>=50%		documentazione interna
5	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	5.1	Trasmissione trimestrale (a partire dal III trimestre) entro il 15 del mese successivo di un report alla UOC Bilancio contenente il riepilogo per conto economico delle somme assegnate alle strutture Aziendale.	15	SI		AREAS206
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Attività audit: n. audit realizzati / n. audit Previsti nel Piano annuale di I.A.	15	>=70%		documentazione interna
7	Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"	7.1	Effettuazione di almeno due incontri propedeutici al monitoraggio del PIVEM (Piano di miglioramento) con le varie strutture interessate	10	2su2= 100%		documentazione interna
8	Relazione sulla Gestione	8.1	Trasmissione alla UOC Bilancio e Programmazione della "Relazione sulla Gestione", entro i termini previsti dalla normativa.	15	Si (allegare documentazione)		documentazione interna
9	Flussi informativi	9.1	Estrazione/Analisi ed invio trimestrale alla UOS SIS dei seguenti flussi, entro i termini previsti da decreto regionale: CRIL e COA	5	8su8= 100%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Legale

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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 (allegare report)		documentazione interna
		3.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento	10	Si (allegare relazione e documentazione)		documentazione interna
		3.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	Si (allegare report)		documentazione interna
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 (allegare report)		documentazione interna
		4.2	Predisposizione e Trasmissione report per l'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento.	10	Si (allegare relazione e documentazione)		documentazione interna
		4.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	Si (allegare relazione e documentazione)		documentazione interna
5	Monitoraggio delle attività relative alla gestione sinistri del personale	5.1	Gestione assicurativa polizze RCT/O - Infortuni - Kasko e in autoassicurazione relative a sinistri: N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri/N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti	10	> 80%		documentazione interna presso UOS Gestione Sinistri del Personale
		5.2	Procedure denunce sinistri: richieste risarcitorie stragiudiziali in materia di malpractice prevenute alla UOS N. totale richieste di adempimenti ai sensi dell'art. 13 L. 74/17 (L. Geli) e s.m.i. effettuate/ totale richieste di adempimenti ai sensi dell'art. 13 L. 2/17 da effettuare	5	≥ 90%		documentazione interna presso UOS Gestione Sinistri del Personale
		5.3	Verifica della completezza delle istruttorie di pratiche RCT (controllo su documentazione sanitaria, relazioni, assicurazioni, adempimenti cc circolare n. SG5/18867 e L. getti) anche verso terzi, ai fini della trattazione CAVS e/o giudiziale con valutazione sotto il profilo giuridico - verifiche completezza istruttoria	5	≥ 90%		documentazione interna presso UOS Gestione Sinistri del Personale
6	Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della difesa legale dell'Azienda	6.1	Numero costituzioni in giudizio dell'azienda/Numero compl. Processi relativi alle seguenti tipologie di giudizio*	20	≥ 90%		documentazione interna
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	implementazione di un file di monitoraggio della normativa caricata in piattaforma ed eventuali aggiornamenti (Monitorare la normativa caricata in piattaforma - Azione PAC A1.1)	5	Si (allegare relazione e report)		documentazione interna
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	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

\*Seguenti tipologie di giudizio:

a) giudizi risarcitori da responsabilità sanitaria; b) giudizi risarcitori per responsabilità ex art. 2051 c.c.; c) Costituzione parte civile in processi penali (ASP parte offesa); d) Costituzione responsabile civile in giudizio; e) Costituzione presso Giudice del Lavoro per cause azionate da dipendenti dell'Azienda; f) Costituzione in giudizi relativi a procedure concorsuali; g) Ricorsi per differenze di budget; h) Ricorsi in materia di appalti in cui IASP è stazione appaltante

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Psicologia

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Rispetto degli obblighi ex D.L. 81/08 per la gestione dello Stress Lavoro Correlato	3.1	Attività di consulenza specialistica rivolta ai dipendenti con difficoltà in ambito lavorativo (Sportello di Ascolto S.L.C.). N. dipendenti accolti entro 5 gg. lav. / N. dipendenti che accedono allo Sportello S.L.C.	45	>= 80% (allegare report)		documentazione interna (Registro accessi Sportello SLC)
4	Organizzazione eventi formativi destinati agli Psicologi dell'ASP	4.1	N. eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia	45	>=2		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Servizio Prevenzione e Protezione

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	Fonte UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Audit per la verifica degli interventi previsti dal Decreto 6 settembre 2010 contro il rischio Aggressioni nelle sedi di Continuità Assistenziale	3.1	Numero di audit effettuati nelle sedi di Continuità Assistenziale / N. complessivo di sedi di Continuità Assistenziale	30	>=50%		documentazione interna
4	Audit per la verifica delle azioni adottate per prevenire gli atti di violenza agli operatori dei SerD (Servizio per le Dipendenze), afferenti al Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (ai sensi dell'art. 24 Circolare Assessorato Salute n. 1292/2012)	4.1	Numero di audit effettuati nelle sedi dei SerD / N. complessivo di sedi dei SerD	30	>=50%		documentazione interna
5	Audit per la verifica delle azioni adottate per prevenire gli atti di violenza agli operatori nei Pronto Soccorso afferenti al Dipartimento Emergenza Urgenza (ai sensi dell'art. 24 Circolare Assessorato Salute n. 1292/2012)	5.1	Numero di audit effettuati nelle sedi dei Pronto Soccorso / N. complessivo di sedi di Pronto Soccorso	30	>=50%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Educazione e Promozione della salute aziendale (UOEPSA)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Realizzazione di Progetti di promozione della salute	3.1	Attività relative ai progetti PSN/PRP su 'Prevenzione incidenti domestici' e ' Sorveglianza e monitoraggio dei flussi informativi relativi a traumi da incidenti domestici'	60	Si (allegare relazione)		documentazione interna e Resp. Coordinamento progetto PSN
		3.2	Attività inerenti il Piano Aziendale di Prevenzione 2020/2025: Programma Predefinito 01. "Scuole che promuovono la salute, azione 1: Formazione operatori scolastici e genitori" e azione 4: Promozione attività fisica con particolare riguardo a popolazione over 60	30	Si (allegare relazione)		documentazione interna e Resp. Coordinamento PP01, az n. 1 e 4
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sorveglianza Sanitaria

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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	55	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi		documentazione interna
4	Sorveglianza sanitaria in ambito nei confronti di soggetti esterni	4.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità da effettuare sul personale a rischio dipendente da aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2023 D.Lgs 81/2008 se ss mm.ii/ N. richieste di visite mediche da parte di aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2023	35	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sistema Informativo e Statistico

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%	100%		documentazione interna
3	Flussi informativi Assessoriali (n. flussi 36) (obiettivi contrattuali generali 2020-2022: obiettivo 3b)	3.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	20	10%	Si (allegare report e relazione)		documentazione interna
		3.2	Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento	15	100%	Si (allegare report e relazione)		documentazione interna
4	Flussi Informativi Ministeriali (n. flussi 14) (obiettivi contrattuali generali 2020-2022: obiettivo 3b)	4.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	20	SI	Si (allegare report e relazione)		documentazione interna
		4.2	Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento	15	SI	Si (allegare report e relazione)		documentazione interna
5	Flussi Economici (n. flussi 6) (obiettivi contrattuali generali 2020-2022: obiettivo 3b)	5.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	20	SI	Si (allegare report e relazione)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Sviluppo e gestione dei progetti sanitari

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Predisposizione e compilazione di apposita check-list elaborata sulla base degli indicatori di rischio per anti-riciclaggio ed anti-terrorismo dalla UIF.	2	SI (Allegare relazione)		documentazione interna
3	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione dei fondi europei, come rappresentato nella mappatura dei processi, con particolare evidenziazione della gestione dei conflitti di interessi.	2	SI (Allegare relazione)		documentazione interna
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2	SI (Allegare relazione e Report)		documentazione interna
6	Programmazione e coordinamento degli interventi progettuali in integrazione e coerenza con la pianificazione strategica aziendale ed in accordo con le procedure e le linee guida aziendali di riferimento allo specifico ambito progettuale	6.1	n. di progetti coordinati/ monitorati / n. di progetti assegnati (PSN,QSN,Progetti Europei, ecc.)	30	100%		documentazione interna
7	Ricognizione semestrale di tipo prospettico dei progetti in essere e/o relativo inventario finalizzato alla rendicontazione verso il competente Ass.to regionale	7.1	n. di report prodotti all'Assessorato / n. di report richiesti dall'Assessorato	24	100%		documentazione interna
8	Rilascio del parere di congruità alle strutture proponenti i progetti	8.1	n. di progetti approvati / n. di progetti presentati	30	100%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento di Prevenzione							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
4	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 (allegare relazione)		documentazione interna
5	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	5.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	9	Si (allegare relazione)		documentazione interna
6	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	11	100%		scheda uoc
		6.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	11	100%		scheda uoc
		6.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	11	100%		scheda uoc
		6.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	11	100%		scheda uoc
		6.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	11	100%		scheda uoc
		6.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	11	100%		scheda uoc
		6.7	UOC Accreditamento	0	0%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.A Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- )	3.1	N. soggetti vaccinati / popolazione target residente	10	esavalente, morbillo-parotite-rosolia, meningococco e pneumococco 92 - 95% a 24 mesi		documentazione interna
4	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)	4.1	N. vaccinazioni registrate nel 2023/ N. vaccinazioni effettuate nel 2023 (con riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale)	20	>=95%		documentazione interna
5	Implementazione del Sistema di Sorveglianza per le Malattie Infettive	5.1	N° di notifiche inserite nel Sistema PreMal / N. totale notifiche di malattie infettive pervenute.	20	≥ 95 %		documentazione interna
6	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	6.1	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	20	100%		documentazione interna
7	Vaccinazioni internazionali	7.1	N. di soggetti sottoposti a vaccinazioni internazionali / N. di soggetti che ne fanno richiesta idonei alla vaccinazione	10	100%		documentazione interna
8	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	8.1	N. schede di morte codificate e registrate / N. schede di morte pervenute	10	100%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli ambienti di vita							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Attività Ispettive su delega della A.G. o congiunte con altri organi di Polizia in ambito ambientale e/o Igienico sanitario	3.1	N. Attività effettuate / N. richieste pervenute	15	>=95%		documentazione interna
4	Monitoraggio condizioni igieniche nelle carceri	4.1	N. Case Circondariali verificate / n° Case Circondariali	15	>=95%		documentazione interna
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	>=97%		documentazione interna
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	>=90%		documentazione interna
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	>=98%		documentazione interna
8	Ispezioni congiunte nelle strutture di accoglienza per migranti su richiesta della Prefettura	8.1	N. di ispezioni effettuate /N. di richieste pervenute	15	>=98%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	<i>Piano regionale di controllo ufficiale sul tenore di iodio nel sale arricchito e sulla presenza di sale iodato nella distribuzione e utilizzo nella ristorazione pubblica/collettiva Anni 2022- 2025 (D.D.G. n. 191 del 18/03/2022)</i>	3.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	10	10 su 10		documentazione interna
4	Piano Regionale di controllo ufficiale dei materiali e gli oggetti destinati a venire in contatto con i prodotti alimentari (MOCA) – Anni 2023 – 2027 (D.A. n. 9 del 11/01/2023)	4.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	20	20 su 20		documentazione interna
5	Piano Regionale di controllo ufficiale degli additivi e degli aromi alimentari, ivi compresi gli aromi di fumo, sia come materia prima che negli alimenti, nonché il controllo delle sostanze di cui all'allegato III del Regolamento CE n. 1334/2008 Anni 2020 – 2024 (DDG n. 484 del 25.06.2020)	5.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	20	10 su 10		documentazione interna
6	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	6.1	N. ditte registrate ispezionate / N. ditte registrate	20	14 su 14		documentazione interna
7	Ispezioni nelle aziende agricole per il controllo ufficiale degli utilizzatori di fitofarmaci	7.1	N. aziende agricole registrate ispezionate / N. aziende agricole registrate	20	12 su 12		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento di Prevenzione: UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	100%	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	100%	100%		documentazione interna
3	Cantieri edili:	3.1	N. cantieri edili controllati (165) / N. di notifiche preliminari anno 2023	393/2258 17,4%	>= 95%		documentazione interna
4	Aziende Agricole	4.1	N. di aziende agricole ispezionate (57) / N. di aziende agricole ispezionabili	273/263 104%	>= 95%		documentazione interna
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	5/3 166%	>= 90%		documentazione interna
6	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	6.1	N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF / N. segnalazioni pervenute nel 2023	66/66 100%	>= 95%		documentazione interna
	Controlli nei cantieri bonifica amianto	7.1	N. di controlli / N. Piani di Lavoro presentati	151/906 16,7%	>85%		documentazione interna
8	PAA - AREA 1 - intervento 1.4.D Sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale	8.1	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	8/8 100%	>=80%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>				

Dipartimento di Prevenzione: UOC Impiantistica ed antinfortunistica							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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	15	≥ 70%		documentazione interna
		3.2	Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti	10	≥ 1		documentazione interna
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	≥ 75%		documentazione interna
5	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	5.1	N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste	10	≥ 75%		documentazione interna
		5.2	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	≥ 75%		documentazione interna
		5.3	N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste	15	≥ 75%		documentazione interna
6	Sviluppo attività di monitoraggio/controllo al fine di garantire la conformità alle norme di macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche	6.1	N. di pratiche espletate (NPRAspl. / N. pratiche pervenute (NPRAperv.)	10	100%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento di Prevenzione: UOC Laboratorio medico di sanità pubblica							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Acque di balneazione	3.1	Aggiornamento profili acque di balneazione dei Comuni della Provincia di Palermo e delle Isole Lampedusa e Linosa facenti capo all'ASP di Palermo Profili aggiornati/profilii complessivi di pertinenza	10	>=80%		documentazione interna
4	Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande e controlli microbiologici sulle acque destinate al consumo umano	4.1	Adeguamento delle attività del Laboratorio alla calendarizzazione delle attività di controllo svolte dal SIAN: Num. Campioni analizzati /num. Campioni pervenuti	20	>99%		documentazione interna
5	Piano verifica Legionella in strutture aziendali su acque destinate al consumo umano	5.1	Campionamento ed analisi per la ricerca di legionella species come da cronoprogramma strutture sanitarie aziendali prodotto da SPP: N. test per legionella eseguiti / n. campioni pervenuti come da programma annuale.	20	>=80%		documentazione interna
6	Legionella: Prevenzione e controllo	6.1	Produzione in formato PDF di un libro/ opuscolo da inserire nel portale aziendale e distribuire a fini divulgativi, e a titolo gratuito, con target popolazione non specificamente formata in ambito sanitario, con lo scopo di sensibilizzarla ai rischi connessi a un inadeguato utilizzo delle fonti idriche	40	1 opuscolo		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento di Prevenzione Veterinario							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	PONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione dipartimento
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		Verifica trimestrale dati DPV
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		Verifica trimestrale dati DPV
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".	15	Si (allegare relazione)		verifiche internal audit
6	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	6.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Sanità animale Area A	15	100%		Vedi Area A
		7.2	UOC Igiene e produzione di alimenti di origine animali e loro derivati Area B	15	100%		Vedi Area B
		7.3	UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche Area C	15	100%		Vedi Area C
		7.4	UOC Igiene urbana e lotta al randagismo	15	100%		Vedi Area D
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Sanità animale (Area A)							
N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
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 ovicaprine controllabili	10	>=95%		Verifica trimestrale dati su SANAN
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	10	≤ 28 gg obiettivo raggiunto al 100% ≤ 30 gg obiettivo raggiunto al 75% ≤ 32 gg obiettivo raggiunto al 50% > 32 gg obiettivo raggiunto 0%		Verifica mensile dati forniti UO Anagrafe A.
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	10	≤ 63 gg obiettivo raggiunto 100% ≤ 68 gg obiettivo raggiunto 75% > 68 gg obiettivo raggiunto 0%		Verifica mensile dati forniti UO Anagrafe A.
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 e smi.	6.1	N. aziende bovine controllate anagraficamente/N. aziende bovine controllabili	10	>= 5% (allegare anche elenco aziende)		Verifica mensile applicativo SANAN
		6.2	N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. aziende ovi-caprine controllabili	10	>= 3% (allegare anche elenco aziende)		Verifica mensile applicativo SANAN
7	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	7.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	>=1		Verifica mensile dati SSA
8	Prevenzione delle zoonosi	8.1	Numero indagini epidemiologiche effettuate nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	15	100%		Verifica mensile dati UUOOVV
9	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	9.1	N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate inserite nel SANAN / N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate	15	>=95%		Verifica trimestrale dati su SANAN
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene produzione alimenti origine animale (Area B)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
3	Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia)	3.1	Rendicontazione dell'attività svolta secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 95% di attività svolta rispetto a quella programmata	20	Si (allegare relazione)		Verifica semestrale dati SIAOA
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	>=95%		Verifica mensile dati forniti da Dedalus
5	Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari	5.1	Rispetto flusso informativo	15	100%		Verifica mensile dati UUOOVV
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	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)		Verifica mensile dati UUOOVV
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	100%		Verifica mensile dati UUOOVV
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	>= 2 eventi (documentare)		Verifica mensile dati SIAOA
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche (Area C)</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
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	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)		Verifica mensile dati UUOOVV
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	45	>= 2 eventi (documentare)		Verifica mensile dati SIAPZ
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene urbana e lotta al randagismo</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
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	100% (allegare elenco)		Verifica mensile dati UUUOVV
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	>= 15 (documentare)		Verifica mensile dati IULR
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

## Dipartimento Farmaceutico

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		documentazione interna
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	20	Si (allegare relazione)		documentazione interna
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 "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)		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Documentazione di attivazione informatizzata della gestione dei magazzini di reparto e calendarizzazione dell'inventario straordinario (Attivazione della gestione dei magazzini di reparto e svolgimento inventario straordinario Azioni PAC E1.1, E1.3, E1.4, E1.8)	3	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Per i carichi di magazzino:differenza tra nr. giorni tra data ddt e da registrazione (Monitoraggio tempestiva registrazione a sistema dei carichi di magazzino Azione PAC E2.1, E2.3)	2	≤ 10 gg.		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari. - flusso DD - DM - CFO -	5	Si		documentazione interna
8	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	8.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
9	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	9.1	UOC Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia	10	100%		scheda UOC
		9.2	UOC Integrazione Farmaceutica ospedale-territorio	10	100%		scheda UOC
		9.3	UOC Farmacia Ospedaliera P.O.Ingrassia	10	100%		scheda UOC
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Dipartimento Farmaceutico:  
UOC Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Contenimento della spesa farmaceutica	3.1	<b>FARMACEUTICA CONVENZIONATA:</b> Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata dei farmaci di fascia A: TERIPARATIDE ATC M: FARMACI MUSCOLO SCHELETRICO ATC A: APPARATO GASTROINTESTINALE	25	Si 3/3 (allegare relazione)		documentazione interna
		3.2	<b>DISTRIBUZIONE PER CONTO:</b> Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata per FARMACI IN NOTA AIFA 100 - DIABETE EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE FARMACI SOTTOPOSTI A PT WEB BASED	30	Si 3/3 (allegare relazione)		documentazione interna
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	<b>Per gli antibiotici di fascia A in convenzionata:</b> realizzazione e/o applicazione pratica di almeno due attività relative a monitoraggi di cui al PNCAR : - Iniziative di formazione della classe medica e farmacista sul consumo di antibiotici in ambito territoriale - Controllo tecnico delle prescrizioni e appropriatezza prescrittiva	25	SI 2/2 (allegare relazione)		documentazione interna
5	Farmacovigilanza	5.1	Segnalazioni ADR: monitoraggio, inserimento, feedback e verifica delle segnalazioni di competenza: pervenute/registrate	10	100%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

<b>Dipartimento Farmaceutico: UOC Integrazione Farmaceutica ospedale-territorio</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Contenimento della spesa farmaceutica	3.1	DISTRIBUZIONE DIRETTA: VERIFICA DELL'ELEGGIBILITA' PER I FARMACI SOGGETTI A NULLA OSTA ASSESSORIALE MEDIANTE ACQUISIZIONE DI NULLA OSTA DIPARTIMENTALE	15	≥ 90%		documentazione interna
		3.2	PER I PP.OO. AZIENDALI: 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	15	≥ 80%		documentazione interna
		3.3	Richieste relative a Registro AIFA caricate al sistema (dispensazioni, MEA, risk sharing)/totale delle richieste pervenute alla Farmacia Territoriale	15	≥ 90%		documentazione interna
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Erogazione degli antibiotici a più alto costo/ sotto monitoraggio di normative nazionali e regionali previa presentazione della specifica scheda e/o piano terapeutico/ Totale degli antibiotici a più alto costo/ sotto monitoraggio erogati	10	≥ 90%		documentazione interna
5	Gestione di magazzino	5.1	Verifica delle Giacenze di magazzino mediante inventari periodici (mensili, semestrali, annuali) come da procedure aziendali	10	10/15 per ciascuna farmacia= 100%		documentazione interna
		5.2	Ispezioni presso gli armadi di reparto con verifica delle giacenze di magazzino e gestione delle scorte. N. ispezioni effettuate/ programmate del dir. Del dipartimento - PO PETRALIA	5	superiore dell'80% è 100%		documentazione interna
		5.3	Ispezioni presso gli armadi di reparto con verifica delle giacenze di magazzino e gestione delle scorte. N. ispezioni effettuate/ programmate del dir. Del dipartimento - PO TERMINI	5	superiore dell'80% è 100%		documentazione interna
		5.4	Ispezioni presso gli armadi di reparto con verifica delle giacenze di magazzino e gestione delle scorte. N. ispezioni effettuate/ programmate del dir. Del dipartimento - PO CORLEONE	5	superiore dell'80% è 100%		documentazione interna
		5.5	Ispezioni presso gli armadi di reparto con verifica delle giacenze di magazzino e gestione delle scorte. N. ispezioni effettuate/ programmate del dir. Del dipartimento - PO PARTINICO	5	superiore dell'80% è 100%		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Per i carichi di magazzino:differenza tra nr. giorni tra data ddt e da registrazione (Monitoraggio tempestiva registrazione a sistema dei carichi di magazzino Azione PAC E2.1, E2.3)	5	≤ 10 gg.		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

**Dipartimento Farmaceutico:  
UOC Farmacia Ospedaliera Ingrassia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	3.1	Erogazione degli antibiotici a più alto costo/ sotto monitoraggio di normative nazionali e regionali previa presentazione della specifica scheda e/o piano terapeutico/ Totale degli antibiotici a più alto costo/ sotto monitoraggio erogati	20	≥ 90%		documentazione interna
4	Contenimento della spesa farmaceutica	4.1	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	≥ 80%		documentazione interna
5	Gestione di magazzino	5.1	Verifica delle Giacenze di magazzino mediante inventari periodici (mensili, semestrali, annuali) come da procedure aziendali	20	10/15= 100%		documentazione interna
		5.2	Ispezioni presso gli armadi di reparto con verifica delle giacenze di magazzino e gestione delle scorte. N. ispezioni effettuate/ programmate del dir. Del dipartimento	20	superiore dell'80% è 100%		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Per i carichi di magazzino:differenza tra nr. giorni tra data ddt e da registrazione (Monitoraggio tempestiva registrazione a sistema dei carichi di magazzino Azione PAC E2.1, E2.3)	10	≤ 10 gg.		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento Emergenza-Urgenza								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%		Allegato PTPC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%		Allegato PTPC
3	Gestione del dolore in ospedale	3.1	Produzione di due schede per la valutazione del dolore in ambiente intraospedaliero riferendoci alla sua evoluzione temporale: - una da utilizzare per i pazienti ricoverati nei reparti di degenza e una da utilizzare per i pazienti presenti in Pronto Soccorso e già sottoposti a Triage.	10		Si (allegare documento)		
4	Donazione organi e tessuti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 6)	4.1	Organizzazione in ambito aziendale di almeno un corso di formazione e/o sensibilizzazione.	10	100%	n. eventi realizzati/ eventi programmati maggiore uguale 90 è		
5	Miglioramento dell'attività assistenziale	5.1	Implementazione dell'utilizzo di Procedure di Partoanalgesia: Obiettivo per il 2023: Aumentare l'uso della Partoanalgesia in almeno il 15% del totale dei parti per via naturale. Formula: Parti con l'uso di partoanalgesia x 100/Totale dei Parti per via naturale. Valore atteso 12% = 100% raggiungimento obiettivo. Da applicare solo alla UOC di Terapia Intensiva del P.O.G.F. Ingrassia.	5		valore atteso maggiore o uguale al 12% = è 100%, dal 7% 11% è 75% - 80		Gestionale Hero
		5.2	Creazione di una procedura che identifichi le caratteristiche cliniche dei pazienti che possano essere dimessi dalle Terapie Intensive, verso : - Il domicilio, - Strutture distrettuali, - Hospice, - RSA. Lo scopo della procedura è rendere agevoli e con idonea tempistica, i trasferimenti dalla Terapia Intensiva.	5		relazione si/no		
		5.3	Ottimizzazione della attività anestesiológica nelle sedute di elezione (si fa riferimento a tutte le specialità chirurgiche salvo Ostetricia e Ginecologia). L'orario di attività della seduta che serve da base del calcolo è: Sedute mattutine: ore 8.30 – ore 14.00, eventuali sedute pomeridiane ore 14,15 – 20,00. Si valuta l'impegno lavorativo globale dell'anestesista documentato dall'inizio della procedura al risveglio, inteso come il passaggio alla osservazione postoperatoria. Il valore atteso è l'80% del tempo di seduta, che equivale al 100 % del raggiungimento dell'obiettivo. La valutazione andrà effettuata su un campione di 60 giornate lavorative su base annuale	10	100%	valore atteso uguale all'80% equivale al 100%, da 79 a 60 è 75%,se inferiore al 59% è 0.		Gestionale Ormaweb
		5.4	Attivazione 1 posto letto di terapia del dolore presso UOSD situata presso PO "Civico" di Partinico	5		Relazione Sì/no		

Dipartimento Emergenza-Urgenza								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
6	Pronto soccorso: Miglioramento dell'attività assistenziale – UOSD PS del PO Madonna dell'Alto di Petralia Sottana	6.1	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 $\leq$ Valore medio del 2022. Una riduzione o valore uguale al 2022 equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	5		Vr 2023 $\leq$ vr 2022 è 100%, vr 2023 + 20% di attesa vs Vr 2022 è 75%,vr 2023 + 21% di attesa vs Vr 2022 è 0%		Portale gestionale aziendale BI
7	Aggiornamento Procedura Aziendale per la gestione delle maxi-emergenze nei PP.SS. dei 5 PP.OO. dell'Azienda: <b>PEIMAF - Piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti.</b> Gruppo di lavoro: Bed Manager, Direttori e Responsabili medici dei Presidi Ospedalieri, Dipartimento Emergenza-Urgenze, UOS Qualità e gestione del rischio clinico. UOS Bed Management	7.1	Aggiornamento Procedura in conformità alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06/04/2006 e pubblicata nella GURI serie generale n. 87 del 13 aprile 2006 e del Comunicato della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 03/05/2006 "Indicazioni per il coordinamento operativo di emergenze dovute ad incidenti stradali, ferroviari, aerei e di mare, ad esplosioni e crolli di strutture e ad incidenti con presenza di sostanze pericolose". (G.U. n. 101 del 3 maggio 2006).	10		Sì (allegare relazione)		Procedura approvata dall'UOS Qualità e gestione del Rischio clinico.
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Terapia Intensiva - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5		100%		Relazione del Direttore U.O.C..
		8.2	UOC Servizio di Anestesia - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5		100%		Relazione del Direttore U.O.C..
		8.3	UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5		100%		Relazione del Direttore U.O.C..
		8.4	UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5		100%		Relazione del Direttore U.O.C..
		8.5	UOC Pronto Soccorso - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5		100%		Relazione del Direttore U.O.C..
		8.6	UOC Astanteria - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5		100%		Relazione del Direttore U.O.C..
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Dipartimento Emergenza-Urgenza:  
UOC Terapia Intensiva - DO1 P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%		Allegato PTPC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%		Allegato PTPC
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Valutazione soggettiva della efficacia della comunicazione Medico/Parenti. Compilazione di una scheda peri pazienti, 40 schede annue, per i quali i parenti danno una valutazione da 1 a 3 sulla efficacia della comunicazione. Valore atteso 95 % di valori tra 2 e 3. Tale valore atteso corrisponde al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	15	punti tot. Da 100 a 120= 100%, da 80 a 99= 75%, da 50 a 79 =50%, inferiore a 50 è 0.		Schede di valutazione realizzate per lo scopo
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 Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	40	>=85%		Schede di valutazione realizzate per lo scopo
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	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	20	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		Report della UOC di Ortopedia
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	Degenza Media (DM): DM 2023 ≤ DM 2022	15	Vr 2023 ≤= vr 2022 è 100%, vr 2023 + 15% di DM vs Vr 2022 è 75%,vr 2023 + 16% di attesa vs Vr 2022 è 0%		Gestionale Hero
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

**Dipartimento Emergenza-Urgenza:  
UOC Servizio di Anestesia - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese**

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%		Allegato PTPC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%		Allegato PTPC
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Valutazione soggettiva della efficacia della comunicazione Medico/Parenti. Compilazione di una scheda per i pazienti, 40 schede annue, per i quali i parenti danno una valutazione da 1 a 3 sulla efficacia della comunicazione. Valore atteso 95 % di valori tra 2 e 3. Tale valore atteso corrisponde al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	15	punti tot. Da 100 a 120= 100%, da 80 a 99= 75%, da 50 a 79 =50%, inferiore a 50 è 0.		Schede di valutazione realizzate per lo scopo
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 Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	40	>=85%		Schede di valutazione realizzate per lo scopo
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	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	20	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		Report della UOC di Ortopedia
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	Degenza Media (DM): DM 2023 ≤ DM 2022	15	Vr 2023 <= vr 2022 è 100%, vr 2023 + 15% di DM vs Vr 2022 è 75%,vr 2023 + 16% di attesa vs Vr 2022 è 0%		Gestionale Hero
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

**Dipartimento Emergenza-Urgenza:  
UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021:	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%		Allegato PTPC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%		Allegato PTPC
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Valutazione soggettiva della efficacia della comunicazione Medico/Parenti. Compilazione di una scheda per i pazienti, 40 schede annue, per i quali i parenti danno una valutazione da 1 a 3 sulla efficacia della comunicazione. I punti tot. Raggiungibili sono pari a 120.	35		punti tot. Da 100 a 120= 100%, da 80 a 99= 75%, da 50 a 79 =50%, inferiore a 50 è 0.		Schede di valutazione realizzate per lo scopo
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 Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	15/15 100%	>=85%		Schede di valutazione realizzate per lo scopo
5	Miglioramento dell'attività assistenziale	5.1	Implementazione dell'utilizzo di Procedure di Partoanalgesia: Obiettivo per il 2023: Aumentare l'uso della Partoanalgesia in almeno il 12% del totale dei parti per via naturale. Formula: Parti con l'uso di partoanalgesia x 100/Totale dei Parti per via naturale. Valore atteso 12% = 100% raggiungimento obiettivo	5		100%		Registri divisionali
6	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	6.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	54/104 51,92% fonte BI	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		Report della UOC di Ortopedia
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 ≤ DM 2022	10		Vr 2023 ≤ vr 2022 è 100%, vr 2023 + 15% di DM vs Vr 2022 è 75%,vr 2023 + 16% di attesa vs Vr 2022 è 0%		Gestionale Hero
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

<b>Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico/PS PO "Dei Bianchi" - Corleone</b>							
N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%		Allegato PTPC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%		Allegato PTPC
3	Aggiornamento Procedura Aziendale per la gestione delle maxi-emergenze nei PP.SS. dei 5 PP.OO. dell'Azienda: <b>PEIMAF - Piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti.</b> Gruppo di lavoro: Bed Manager, Direttori e Responsabili medici dei Presidi Ospedalieri, Dipartimento Emergenza-Urgenze, UOS Qualità e gestione del rischio clinico. UOS Bed Management	3.1	Aggiornamento Procedura in conformità alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06/04/2006 e pubblicata nella GURI serie generale n. 87 del 13 aprile 2006 e del Comunicato della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 03/05/2006 "Indicazioni per il coordinamento operativo di emergenze dovute ad incidenti stradali, ferroviari, aerei e di mare, ad esplosioni e crolli di strutture e ad incidenti con presenza di sostanze pericolose". (G.U. n. 101 del 3 maggio 2006).	30	SI Allegare documento		Procedura approvata dall'UOS Qualità e gestione del Rischio clinico.
4	Miglioramento dell'attività assistenziale UOC Pronto Soccorso	4.1	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosiddette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 $\geq$ 5% x Valore 2022 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo. un valore tra 1 x V 2022 e 5% x V 2022 corrisponde al raggiungimento del 90%-	10	V.R. 2023 $\geq$ migliorato del 5% del 2022 raggiunto al 100% , V.R. 2023 $\leq$ 5% del 2022 raggiunta al 80% , VR 2023 $\leq$ VR 2022 = 50%		Portale gestionale aziendale BI
		4.2	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 $\leq$ 4 consulenze per singolo pz. Valore $\leq$ a 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%. Un numero tra 7 e 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 75%. Un numero superiore a 7 è 0 .	10	VR 2023 $\leq$ a 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%. Un VR 2023 tra 7 e 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 75%. Un numero superiore a 7 è 0		Portale gestionale aziendale BI
		4.3	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 $\leq$ Valore medio del 2022. Una riduzione o valore uguale al 2022 equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	10	Vr 2023 $\leq$ vr 2022 è 100%, vr 2023 + 20% di attesa vs Vr 2022 è 75%,vr 2023 + 21% di attesa vs Vr 2022 è 0%		Portale gestionale aziendale BI

<b>Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico/PS PO "Dei Bianchi" - Corleone</b>							
N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
5	Miglioramento dell'attività assistenziale UOS Pronto Soccorso PO Corleone	5.1	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosiddette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 $\geq$ 5% x Valore 2022 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo. un valore tra 1 x V 2022 e 5% x V 2022 corrisponde al raggiungimento del 80%.	10	V.R. 2023 $\geq$ migliorato del 5% del 2022 raggiunto al 100% , V.R. 2023 $\leq$ 5% del 2022 raggiunta al 80% , VR 2023 $\leq$ VR 2022 = 50%		Portale gestionale aziendale BI
		5.2	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 $\leq$ 4 consulenze per singolo pz. Valore $\leq$ a 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%. Un numero tra 7 e 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 75%. Un numero superiore a 7 è 0 .	10	VR 2023 $\leq$ a 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%. Un VR 2023 tra 7 e 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 75%. Un numero superiore a 7 è 0		Portale gestionale aziendale BI
		5.3	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 $\leq$ Valore medio del 2022. Una riduzione o valore uguale al 2022 equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	10	Vr 2023 $\leq$ vr 2022 è 100%, vr 2023 + 20% di attesa vs Vr 2022 è 75%,vr 2023 + 21% di attesa vs Vr 2022 è 0%		Portale gestionale aziendale BI
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Pronto Soccorso - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%		Allegato PTPC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%		Allegato PTPC
3	Aggiornamento Procedura Aziendale per la gestione delle maxi-emergenze nei PP.SS. dei 5 PP.OO. dell'Azienda: <b>PEIMAF - Piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti.</b> Gruppo di lavoro: Bed Manager, Direttori e Responsabili medici dei Presidi Ospedalieri, Dipartimento Emergenza-Urgenze, UOS Qualità e gestione del rischio clinico. UOS Bed Management	3.1	Aggiornamento Procedura in conformità alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06/04/2006 e pubblicata nella GURI serie generale n. 87 del 13 aprile 2006 e del Comunicato della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 03/05/2006 "Indicazioni per il coordinamento operativo di emergenze dovute ad incidenti stradali, ferroviari, aerei e di mare, ad esplosioni e crolli di strutture e ad incidenti con presenza di sostanze pericolose". (G.U. n. 101 del 3 maggio 2006).	35		Si allegare documento		Procedura approvata dall'UOS Qualità e gestione del Rischio clinico.
4	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOS Pronto Soccorso	4.1	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosiddette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore 2023 >= 5% x Valore 2022 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo. un valore tra 1 x V 2022 e 5% x V 2022 corrisponde al raggiungimento del 90%-	20		V.R. 2023 >=migliorato del 5% del 2022 raggiunto al 100% , V.R. 2023 <= 5% del 2022 raggiunta al 80% , VR 2023 <= VR 2022 = 50%		Portale gestionale aziendale BI
		4.2	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 <= 4 consulenze per singolo pz. Valore <= a 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%. Un numero tra 7 e 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 75%. Un numero superiore a 7 è 0 .	20		VR 2023<= a 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%. Un VR 2023 tra 7 e 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 75%. Un numero superiore a 7 è 0		Portale gestionale aziendale BI
		4.3	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 ≅ Valore medio del 2022. Una riduzione o valore uguale al 2022 equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	15	32 minuti	Vr 2023 <= vr 2022 è 100%, vr 2023 + 20% di attesa vs Vr 2022 è 75%,vr 2023 + 21% di attesa vs Vr 2022 è 0%		Portale gestionale aziendale BI
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Astanteria - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%		Allegato PTPC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%		Allegato PTPC
3	Aggiornamento Procedura Aziendale per la gestione delle maxi-emergenze nei PP.SS. dei 5 PP.OO. dell'Azienda: <b>PEIMAF - Piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti.</b> Gruppo di lavoro: Bed Manager, Direttori e Responsabili medici dei Presidi Ospedalieri, Dipartimento Emergenza-Urgenza, UOS Qualità e gestione del rischio clinico. UOS Bed Management	3.1	Aggiornamento Procedura in conformità alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06/04/2006 e pubblicata nella GURI serie generale n. 87 del 13 aprile 2006 e del Comunicato della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 03/05/2006 "Indicazioni per il coordinamento operativo di emergenze dovute ad incidenti stradali, ferroviari, aerei e di mare, ad esplosioni e crolli di strutture e ad incidenti con presenza di sostanze pericolose". (G.U. n. 101 del 3 maggio 2006).	35		Si allegare documento		Procedura approvata dall'UOS Qualità e gestione del Rischio clinico.
4	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosiddette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 $\geq 5\%$ x Valore 2022 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo. un valore tra 1 x V 2022 e 5% x V 2022 corrisponde al raggiungimento del 90%-	20		V.R. 2023 $\geq$ migliorato del 5% del 2022 raggiunto al 100% , V.R. 2023 $\leq$ 5% del 2022 raggiunta al 80% , VR 2023 $\leq$ VR 2022 = 50%		Portale gestionale aziendale BI
		4.2	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 $\leq$ 4 consulenze per singolo pz. Valore $\leq$ 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%. Un numero tra 7 e 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 75%. Un numero superiore a 7 è 0 .	20		VR 2023 $\leq$ a 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%. Un VR 2023 tra 7 e 4 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 75%. Un numero superiore a 7 è 0		Portale gestionale aziendale BI
		4.3	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 $\leq$ Valore medio del 2022. Una riduzione o valore uguale al 2022 equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	15	59 minuti	Vr 2023 $\leq$ vr 2022 è 100%, vr 2023 + 20% di attesa vs Vr 2022 è 75%,vr 2023 + 21% di attesa vs Vr 2022 è 0%		Portale gestionale aziendale BI
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

<b>Dipartimento Emergenza Urgenza - UOSD Coordinamento PTE</b>							
<b>N. OBT V</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%		
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%		
3	Miglioramento dell'attività assistenziale	3.1	Creazione di una scheda per la raccolta dei flussi informativi sulle attività ed accessi dei PTE	30	SI (Allegare Scheda)		
		3.2	Elaborazione di una procedura per la gestione del DOLORE ACUTO in emergenza (Elaborazione entro il 31/12/2023)	30	SI (Allegare Scheda)		
		3.3	Elaborazione di cartella elettronica per le prestazioni sanitarie erogate entro il 31/12/2023	30	SI (Allegare Scheda)		
		3.4	Dmissioni verso strutture ambulatoriali (dato derivato dalla scheda per i flussi informativi)	5	SI (Allegare Scheda)		
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza</b>							
<b>N. OBT</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>PONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		documentazione interna ed applicativo aziendale
4	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	4.1	Monitoraggio progetti Budget di Salute avviati nel 2023	10	n. monitoraggio progetti/ n. progetti avviati superiore all'80% è 100%, dal 60 a 79 è 75%, inferiore al 59 è 0.		documenti interni Dipartimento
5	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	5.1	Costituzione gruppo di lavoro intradipartimentale	5	GdL entro 30/04/2023 (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento
		5.2	Redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi, entro il 31/12/2023	10	SI (allegare procedura e relazione)		documenti interni Dipartimento
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Costituzione di un gruppo di lavoro interprofessionale che si occupi delle problematiche relative alla contenzione attraverso la distribuzione, somministrazione ed analisi del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) entro 30/06/2023	5	GdL e analisi questionari entro 30/06/2023		documenti interni Dipartimento
		6.2	Elaborazione di strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria, entro il 31/12/2023.	5	SI (allegare procedura e relazione)		documenti interni Dipartimento
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	Elaborazione di una scheda per il Triage Psichiatrico Territoriale e sua diffusione ai CC.SS.MM. Aziendali, entro il 15/05/2023	5	format scheda (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza							
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	PONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
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".	9	Si (allegare relazione)		verifiche internal audit
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso ADA - Flusso CTA - Flusso SISM - Flusso SIND	5	Si (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento
10	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	10.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
11	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	11.1	Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo	2	100%		vedi scheda struttura
		11.2	Modulo 2 (UOC) Palermo	2	100%		vedi scheda struttura
		11.3	Modulo 3 (UOC) Palermo	2	100%		vedi scheda struttura
		11.4	Modulo 4 (UOC) Palermo	2	100%		vedi scheda struttura
		11.5	Modulo 5 (UOC) Palermo	2	100%		vedi scheda struttura
		11.6	Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria	2	100%		vedi scheda struttura
		11.7	Modulo 7 (UOC) Cefalù-Petralia Sottana	2	100%		vedi scheda struttura
		11.8	Modulo 8 (UOC) Corleone-Lercara Friddi	2	100%		vedi scheda struttura
		11.9	Modulo 9 (UOC) Partinico-Carini	2	100%		vedi scheda struttura
		11.10	Dipendenze Patologiche (UOC)	2	100%		vedi scheda struttura
		11.11	NPIA (UOC)	2	100%		vedi scheda struttura
		11.12	Disturbi del comportamento alimentare ambulatoriale e residenziale (UOC)	2	100%		vedi scheda struttura
		11.13	Disturbi dello spettro autistico	2	100%		vedi scheda struttura
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

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.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	15	≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	15	>10%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss. ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgentisti"	15	≥90%		documenti interni UOC
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso CTA - Flusso SISIM	10	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 2 (UOC) Palermo</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	15	≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NP/IA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NP/IA	15	>10%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10	SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10	SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	15	≥90%		documenti interni UOC
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso CTA - Flusso SISM	10	SI (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

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.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	15	≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	15	>10%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgentissimi"	15	≥90%		documenti interni UOC
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso CTA - Flusso SISM	10	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 4 (UOC) Palermo</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>MONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	15	≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	15	>10%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	15	≥90%		documenti interni UOC
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso CTA - Flusso SISM	10	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

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.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	15	≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	15	>10%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	15	≥90%		documenti interni UOC
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso CTA - Flusso SISIM	10	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

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.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	15	≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	5.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		5.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
6	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	6.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	20	≥90%		documenti interni UOC
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso CTA - Flusso SISM	10	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

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.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	15	≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	5.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		5.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
6	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	6.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgentisti"	20	≥90%		documenti interni UOC
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso CTA - Flusso SIS	10	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

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.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	15	≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	5.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		5.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
6	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	6.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	20	≥90%		documenti interni UOC
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso CTA - Flusso SIS	10	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 9 (UOC) Partinico - Carini</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	15	≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	5.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		5.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	15	Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
6	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	6.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	20	≥90%		documenti interni UOC
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso CTA - Flusso SIS	10	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	3.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5	si (Allegare Relazione)		documentazione interna
4	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	4.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale/n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	5	> 5%		documentazione interna
5	Disturbi specifici di apprendimento (DSA). Applicazione L.170/2010	5.1	Monitoraggio numero di richieste di valutazioni di soggetti con sospetto DSA. Pazienti presi in carico/pazienti inviati al servizio con sospetto DSA (invii con scheda scolastica, invii con pregressa certificazione pubblica/privata, invii da UONPI).	10	≥80%		documentazione interna
		5.2	Monitoraggio del numero dei pazienti diagnosticati con DSA attraverso un percorso multidisciplinare integrato come da Consensus Conference 2011 (Valutazione clinica multiprofessionale, valutazione standardizzate testologiche, relazione clinica al completamento della valutazione)	10	>90%		documentazione interna
6	Follow up finalizzato alla diagnosi e al trattamento dei minori 0-36 mesi a rischio neuroevolutivo (Nati pretermine, nati asfittici, nati con infezioni connatali, soggetti affetti da sindromi genetiche e patologie congenite del metabolismo o con indicatori precoci di disordini neurologici di natura da determinare)	6.1	Numero dei pazienti presi in carico/ Numero dei pazienti inviati al servizio	10	≥ 60%		documentazione interna
		6.2	Monitoraggio del numero dei pazienti presi in carico attraverso un percorso multidisciplinare integrato (Valutazioni neurocomportamentali, valutazioni standardizzate testologiche e neurofisiologiche, relazione clinica con descrizione percorso riabilitativi)	10	≥90%		documentazione interna
7	Follow-up finalizzato alla diagnosi e all'evoluzione clinica dei pazienti con epilessia.	7.1	Numero dei pazienti presi in carico/ Numero dei pazienti inviati al servizio	10	≥ 60%		documentazione interna
		7.2	Monitoraggio del numero dei pazienti presi in carico attraverso un percorso diagnostico/terapeutico integrato (Valutazioni cliniche periodiche, valutazioni neurofisiologiche, controlli farmacologici, relazione clinica al completamento della valutazione)	10	≥90%		documentazione interna
8	Follow-up finalizzato alla diagnosi e all'evoluzione clinica dei pazienti esordio di patologia psichiatrica in età evolutiva.	8.1	Numero dei pazienti presi in carico/ Numero dei pazienti inviati al servizio	10	≥ 60%		documentazione interna
		8.2	Monitoraggio del numero dei pazienti presi in carico attraverso un percorso integrato (valutazioni cliniche periodiche, valutazioni standardizzate testologiche e neurofisiologiche, relazione clinica al completamento della valutazione, progetti PTI, interventi di continuità e di collegamento al passaggio alla maggiore età)	10	≥90%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC Dipendenze Patologiche</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Individuazione pazienti con comorbidità infettiva presso i SerD	3.1	N. nuovi utenti inviati per screening HCV/ N. nuovi utenti presi in carico dai SerD	15	≥50%		documentazione interna
		3.2	N. nuovi utenti inviati per screening HIV/ N. nuovi utenti presi in carico dai SerD	15	≥50%		documentazione interna
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NP/IA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NP/IA	20	> 5%		documentazione interna
6	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	6.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	20	≥20%		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari - Flusso ADA - Flusso SIND	5	Si (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

<b>Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC Disturbi dello spettro autistico</b>							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	PONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	3.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15	Si (allegare relazione)		documentazione interna
4	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)	4.1	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi	25	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	25	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Disturbi dello spettro autistico applicazione procedura diagnostico/valutativa	5.1	Numero di pazienti con disturbo dello spettro autistico valutati con una <u>procedura multiprofessionale</u> completa/ numero di pazienti con disturbi dello spettro autistico che accedono all'ambulatorio per la diagnosi precoce e la presa in carico del disturbo autistico	25	≥50%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC Disturbi del comportamento alimentare ambulatoriale e residenziale</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Trattamenti multidisciplinari integrati per la cura dei soggetti con esordio di AN o BN nel periodo pandemico	3.1	Numero di soggetti in carico con esordio di AN o BN durante la pandemia da Covid 19 in trattamento multidisciplinare integrato / numero di soggetti in carico con esordio di AN o BN durante la pandemia da Covid 19.	30	≥85%		documentazione interna
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	30	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	5.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	30	≥20%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

## Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		documentazione interna
4	Obiettivi di Miglioramento della Gestione Qualità secondo norma UNI EN 15189	4.1	Avvio delle procedure necessarie per l'accreditamento Istuzione seconod Norma Uni En 15189	5	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
5	Obbiettivi di efficienza ed efficacia	5.1	Monitoraggio paramtri REACH secondo ginate piano regionale	10	Sì (allegare relazione e report)		documentazione interna
6	Obiettivi di efficienza clinico -saniataria	6.1	Monitoraggio di MRSA/ CRE per antibiotico resistenza	10	Sì (allegare relazione e report)		documentazione interna
		6.2	Organizzazione del trasporto in qualità dei campioni biologici da sottoporre ad indagini analitiche e /o istopatologiche nella rete laboratoristica aziendale anatomo-patologiche effettuati all'interno della rete dei punti prelievo aziendali	5	Sì (allegare relazione)		documentazione interna

## Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Coordinamento organizzazione e gestione delle attività del Laboratorio Unico Logico	7.1	Analisi del coordinamento, dell'organizzazione e della gestione delle attività del laboratorio unico logico	7	Sì (allegare relazione e report)		documentazione interna
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	% 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%		documentazione interna
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2022-2023: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	10	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
10		10.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	3	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
11	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	11.1	UOC Laboratorio d'analisi - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico	5	100%		scheda uoc
		11.2	UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%		scheda uoc
		11.3	UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%		scheda uoc
		11.4	UOC Anatomia e Istologia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%		scheda uoc
		11.5	UOC Medicina Trasfusionale	5	100%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio  
UOC Laboratorio d'analisi - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità' dei processi Laboratoristici regionali	3.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità' (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	15	Si (allegare documento)		documentazione interna
4	Obiettivo di efficienza e qualità : appropriatezza prescrittiva	4.1	Appropriatezza prescrittiva degli esami di Laboratorio: elaborazione di un protocollo condiviso con le UU.OO. Ospedaliere per la prescrizione appropriata degli esami di laboratori urgenti e di routine	15	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Appropriatezza prescrittiva	5.1	Razionalizzazione delle ripetizioni -definizione di timing appropriato per la ripetizione degli esami, riduzione del TAT per esami urgenti	15	Si (allegare report)		documentazione interna
6	Contenimento ed ottimizzazione dei costi	6.1	Mantenimento/Riduzione dei costi per dispositivi medici diagnostici in vitro acquisti con procedure aziendali	15	< 3% rispetto al 2022		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	Si (allegare report)		documentazione interna
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	N. richieste per accertamenti art.186,art.187 C.D.S. conformi / N. richieste totali pervenute in laboratorio	15	>=80%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio</b> <b>UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualita' dei processi Laboratoristici regionali</i>	3.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualita' (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	15	Si (allegare documento)		documentazione interna
4	Obiettivo di efficienza e qualità : appropriatezza prescrittiva	4.1	Appropriatezza prescrittiva degli esami di Laboratorio: elaborazione di un protocollo condiviso con le UU.OO. Ospedaliere per la prescrizione appropriata degli esami di laboratori urgenti e di routine	15	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Appropriatezza prescrittiva	5.1	Razionalizzazione delle ripetizioni -definizione di timing appropriato per la ripetizione degli esami, riduzione del TAT per esami urgenti	15	Si (allegare report)		documentazione interna
6	Contenimento ed ottimizzazione dei costi	6.1	Mantenimento/Riduzione dei costi per dispositivi medici diagnostici in vitro acquisti con procedure aziendali	15	< 3% rispetto al 2022		documentazione interna
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	7.1	N. richieste per accertamenti art.186,art.187 C.D.S. conformi / N. richieste totali pervenute in laboratorio	15	>=80%		documentazione interna
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	Si (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio**  
**UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualita' dei processi Laboratoristici regionali</i>	3.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualita' (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	15	Si (allegare documento)		documentazione interna
4	Obiettivo di efficienza e qualità : appropriatezza prescrittiva	4.1	Appropriatezza prescrittiva degli esami di Laboratorio: elaborazione di un protocollo condiviso con le UU.OO. Ospedaliere per la prescrizione appropriata degli esami di laboratori urgenti e di routine	15	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Appropriatezza prescrittiva	5.1	Razionalizzazione delle ripetizioni -definizione di timing appropriato per la ripetizione degli esami, riduzione del TAT per esami urgenti	15	Si (allegare report)		documentazione interna
6	Contenimento ed ottimizzazione dei costi	6.1	Mantenimento/Riduzione dei costi per dispositivi medici diagnostici in vitro acquisti con procedure aziendali	15	< 3% rispetto al 2022		documentazione interna
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	7.1	N. richieste per accertamenti art.186,art.187 C.D.S. conformi / N. richieste totali pervenute in laboratorio	15	>=80%		documentazione interna
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	Si (allegare report)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio  
UOC Anatomia e Istologia patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Efficienza, qualità ed efficacia assistenziale	3.1	Riduzione dei tempi di refertazione dei Pap Test relativi al primo livello dello screening del carcinoma della cervice uterina. Numero di Pap test refertati entro 15 giorni dall'accettazione in Anatomia Patologica / numero di Pap test accettati.	10	> 90%		documentazione interna
4	Riduzione dei tempi di refertazione dei casi relativi al secondo livello dello screening del carcinoma del colon-retto.	4.1	Numero di casi refertati entro 20 giorni dall'accettazione in Anatomia Patologica / numero di casi accettati.	10	> 90%		documentazione interna
5	Organizzazione del trasporto in qualità di campioni biologici da sottoporre ad indagini anatomo-patologiche effettuati all'interno della rete dei punti prelievo aziendali	5.1	Aggiornamento della procedura aziendale per il trasporto dei campioni per le indagini anatomo-patologiche, all'interno della rete dei punti prelievo aziendali Aggiornamento della procedura aziendale per il trasporto dei campioni per le indagini anatomo-patologiche, all'interno della rete dei punti prelievo aziendali	10	SI (allegare documento)		documentazione interna
6	Decreto assessoriale della salute art. 6 n. 3253 del 30 settembre 2010 - controllo di qualità dei processi laboratoristici regionali.	6.1	Partecipazione ai circuiti interlaboratori regionali e nazionali relativi alle VEQ per HPV	10	SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Contenimento ed ottimizzazione dei costi	6.2	Mantenimento/Riduzione dei costi per diagnostica di laboratorio rispetto al 2022	10	SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI (allegare report)		documentazione interna
<i>Screening oncologici: (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) Screening oncologico relativo al tumore del colon retto e del ca della cervice uterina</i>							
9	Riduzione dei tempi di refertazione del PAP test	9.1	N. Casi di citologia cervico-vaginale refertati entro 20 gg dall'accettazione in Anatomia Patologica / N. di casi di citologia cervico-vaginale accettati	15	≥80%		documentazione interna
10		10.1	N. HPV-DNA test refertati entro 12 giorni dall'accettazione in Anatomia patologica / N. HPV-DNA test accettati	10	≥80%		documentazione interna
11	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening relativo al tumore colon retto	11.1	Aggiornamento del PDTA dello screening del cervico carcinoma del colon retto	10	SI (allegare documento)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio  
UOC Medicina Trasfusionale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento delle informazioni agli utenti per la promozione alla donazione di sangue ed emocomponenti	3.1	Aggiornamento sito WEB, invio informativa tramite web social ,pubblicazione brochure	10	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
4	Appropriatezza prescrittiva emocomponenti ede emodrivati	4.1	Aggiornamento modulistica di riferimento , Monitoraggio PBM	10	Sì (allegare documento)		documentazione interna
5	Appropriatezza clinica valutazione rischio trasfusionale: monitoraggio dati SISTRA	5.1	Rilevazione indicatore: N. richieste trasfusionali conformi per appropriatezza clinica / N. totale delle richieste trasfusionali	15	>= 85 %		documentazione interna
6	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dell'Assessorato	6.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dell'Assessorato	15	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	7.1	Monitoraggio procedure trasfusionali per Adi Domiciliari : Numero segnazione eventi avversi in ADI trasfusionali / sul numero totale di procedure ADI Trasfusionali	15	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		7.2	Realizzazione dell'intervento 2.6.B Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) di almeno 20 Kg. 20 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2022. 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 + 20 Kg di plasma rispetto all'anno 2022 o La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 20 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto Per scostamenti > del 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.	15	Vedi NB		documentazione interna
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	10	Sì (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

## Dipartimento di Diagnostica per Immagini

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna dipartimento
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		Report sistema contabile
4	Osservanza degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 101/2020	4.1	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva/N° totale di richieste di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX che pervengono alle UU.OO	15	≥95%		Campione di copie di referti di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
		4.2	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame/N° totale di richieste di TAC ed esami RX che pervengono alle UU.OO	15	≥95%		Campione di copie di referti di TAC ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame
5	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	5.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	15	Si (allegare relazione)		documentazione interna
6	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	UOC Integrazione radiologia ospedaliera e territoriale	10	100%		scheda struttura
		6.2	UOC Radiologia - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	10	100%		scheda struttura
		6.3	UOC Radiologia- DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	10	100%		scheda struttura
		6.4	UOSD Screening mammografico	10	100%		scheda struttura
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini**  
**UOSD Screening mammografico**

N. Sub-OBTV	Sub-OBIETTIVO	N. Sub-IND.	Sub-INDICATORE	% sul PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Estensione screening tumore della mammella	1.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	40	100%		Survey GISMa
2	Adesione screening tumore della mammella	2.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5	>=40%		Survey GISMa
		2.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati incremento 3% rispetto anno precedente	5	>=3% 2022		Survey GISMa
3	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening del tumore della mammella	3.1	Aggiornamento PDTA screening del tumore della mammella	10	Si (allegare documento)		documetazione interna
4	Miglioramento dell'accessibilità per l'attività di screening	4.1	Numero sessioni nei giorni di sabato o domenica	5	1/mese per centro		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
5	Riduzione dei tempi di refertazione delle mammografie negative	5.1	N. mammografie esitate entro 30 gg dall'esecuzione /N. mammografie eseguite	8	>=90%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
6	Riduzione dei tempi di esecuzione delle indagini di approfondimento	6.1	N. indagini di approfondimento non invasive eseguite entro 20 gg / N. di mammografie eseguite con esito dubbio	5	>=90%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
7	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	7.1	Compilazione survey entro 15 giorni dopo la scadenza	3	Si (allegare relazione)		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
8	Riduzione del numero delle indagini di approfondimento	8.1	primi esami N. indagini di approfondimento non invasive eseguite / N. di mammografie eseguite	5	<= 7% primi esami		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
		8.2	esami successivi N. indagini di approfondimento non invasive eseguite / N. di mammografie eseguite	5	<= 5% esami successivi		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
9	Riduzione del tasso di richiamo tecnico	9.1	N. richiami tecnici relativi all'esecuzione della mammografia da parte del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica / N. mammografie eseguite.	5	<=3%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
10	debito informativo PDTA eredo familiare	10.1	Numero schede PDTA eredofamiliare compilate/numero adesioni totale	4	40%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
				100			

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini:  
UOC Radiologia - DO1 P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna UOC
3	Osservanza degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 101/2020	3.1	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva/N° totale di richieste di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20	>=95%		Campione di referti di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
		3.2	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame/N° totale di richieste di TAC ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20	>=95%		Campione di referti di TAC ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	4.1	Monitoraggio tempo di attesa tra richiesta ed esecuzione esami richiesti del Pronto Soccorso Numero di esami eseguiti entro 6 ore dalla richiesta/numero esami richiesti	25	>=80%		Dal sistema RIS/PACS
5	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	5.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	25	≥ 80%		Campione di referti TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini:  
UOC Radiologia - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna UOC
3	Osservanza degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 101/2020	3.1	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva/N° totale di richieste di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20	>=95%		Campione di referti di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
		3.2	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame/N° totale di richieste di TAC ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20	>=95%		Campione di referti di TAC ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	4.1	Monitoraggio tempo di attesa tra richiesta ed esecuzione esami richiesti del Pronto Soccorso Numero di esami eseguiti entro 6 ore dalla richiesta/totale numero esami richiesti	25	>=80%		Dal sistema RIS/PACS
5	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	5.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	25	≥ 80%		Campione di referti TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini:  
UOC Integrazione radiologia ospedaliera e territoriale**

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna UOC
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	35	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente)		Campione di 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
4	Osservanza degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 101/2020	4.1	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva/N° totale di richieste di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20	≥95%		Campione di referti di TAC ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame
		4.2	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame/N° totale di richieste di TAC ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20	≥95%		Campione di referti TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta
5	PNRR – M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	5.1	Rifunzionalizzazione e riorganizzazione delle attività di Diagnostica per Immagini nei PP.TT.AA. e nei Poliambulatori secondo le direttive del gruppo di lavoro	15	Sì (allegare relazione)		documentazione interna UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento Cure Primarie</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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 2023 /importo budget 2023	5	> = 1		documentazione interna e sistema informatizzato
4	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	4.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n. 1525 del 04/10/2022)	5	si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	5.1	U.O.C. Cure Primarie	20	100%		scheda UOC
		5.2	U.O.C. Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	20	100%		scheda UOC
		5.3	U.O.C. Medicina Legale e Fiscale	20	100%		scheda UOC
		5.4	U.O.C. Cronisità e percorsi assistenziali	20	100%		scheda UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento Cure Primarie UOC Cure Primarie							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Prescrizioni dematerializzate (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2012-2020: obiettivo 7)	3.1	N. medio ricette dematerializzate prescritte in un anno prescritte in un anno dai medici prescrittori (dirigenti medici e specialisti ambulatoriali interni) >100 ricette	10	totale ricette dematerializzate in un anno/n. dirigenti medici abilitati alla prescrizione >80 =100% se tra 70%-79%=50% sotto il 69%=0		documentazione interna e sistema informatizzato
4	Osservanza degli adempimenti per il miglioramento Anagrafe Nazionale Assistenti (ANA)	4.1	Aggiornamento NAR Assistenti/Deceduti/Trasferiti dei MMG e PLS dell'ASP di Palermo entro sei mesi dalle comunicazioni da parte degli organi preposti	5	n. assistiti deceduti sul NAR/n. assistiti deceduti presenti sul sistema TS=100% - 80%-99%=75%		documentazione interna
5	Riduzione dell'arretrato relativo alla corresponsione degli istituti contrattuali dei MMG (art.4 e associazionismo).Redazione delle procedure 2017-2018	5.1	Avanzamento delle attività >=80% dell'arretrato delle seguenti annualità	15	>=80%		documentazione interna e sistema informatizzato
6	Liquidazione dei pediatri di libera scelta, pediatri libero professionisti e infermieri afferenti ai P.P.I.P. territoriali entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria da parte dei Distretti Sanitari	6.1	Liquidazione entro 45 gg.=100%, da 46 a 60 gg.=75%, da 61 a 90 gg.=50% da 91gg. in poi =0	15	Entro 45 gg. =100%, da 46 a 60 gg.=75%, da 61 a 90 gg.=50% da 91gg. in poi =0		documentazione interna e sistema informatizzato
7	Liquidazione vitalizio ai soggetti affetti da talassemia entro 30 giorni dalla ricezione dei fondi	7.1	Liquidazione entro 30 gg.=100%, da 31 a 60 gg.=75%, da 61 a 90 gg. =50% , da 91 in poi=0	15	Entro 30 gg.=100%, da 31 a 60 gg.=75%, da 61 a 90 gg. =50% , da 91 in poi=0		documentazione interna e sistema informatizzato
8	Copertura incarichi dei posti vacanti di C.A. in sostituzione su richiesta mensile dei Distretti Sanitari	8.1	n. incarichi in sostituzione conferiti ogni mese (x12 mesi) / n. posti vacanti nel mese	15	copertura superiore al 70% = 100%, da 50% a 69% = 75%, se inferiore al 50% = 0		documentazione interna e sistema informatizzato
9	Conferimento incarichi a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale entro 60 gg. dalla pubblicazione del bando da parte dell'Assessorato della Salute sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana	9.1	n. incarichi conferiti entro 60 gg. / n. totale incarichi conferiti	15	>=80% = 100%, da 71 a 79 = 75%, da 60 a 70%=50% ,se inferiore a 59% =0		documentazione interna e sistema informatizzato

<b>Dipartimento Cure Primarie UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	- 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)	3.1	Raggiungimento nel monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali in classe di priorità B, D, P di un valore >=70%	15	>=70%		documentazione interna
		3.2	Raggiungimento nel monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali in classe di priorità B, D, P di un valore >=70%	15	>=70%		documentazione interna
		3.3	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione n. strutture monitorate/ n. strutture monitorabili	12	100%		documentazione interna
		3.4	Monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	14	4/4		documentazione interna
		3.5	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema SOVRACUP regionale	11	Si (allegare report)		documentazione interna
4	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020 approvato con DA n.1103/2020	4.1	Aggiornamento del Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa secondo quanto previsto dal DA n.1103/2020	10	Si (allegare piano)		documentazione interna
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Numero di misure correttive realizzate/numero misure indicate In sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	6	100%		documentazione interna
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari Flusso M Flusso C	7	24/24		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

<b>Dipartimento Cure Primarie UOC Medicina legale e fiscale</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2022</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%	100%		documentazione interna
3	Miglioramento tempi risposta	3.1	N. risposte a richieste di chiarimenti da parte di utenti privati o pubblici sugli adempimenti effettuati in collegio medico o commissione di invalidità entro 20 gioni / N. richieste di chiarimenti da parte di utenti privati o pubblici sugli adempimenti effettuati in collegio medico o commissione di invalidità	45	100%	>=90%		documentazione interna
4	Garanzia dei tempi di risposta nell'attività del Collegio medico	4.1	N. giudizi collegiali inoltrati all'Ente committente entro 20 gg dall'effettuazione della visita / N. totale richieste pervenute	40	602/602 100%	>=90%		documentazione interna
5	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	5.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

<b>Dipartimento Cure Primarie UOC Cronicità e percorsi assistenziali</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Avviare processi di presa in carico della cronicità attraverso relazioni operative con i Dipartimenti Ospedalieri al fine di razionalizzare e migliorare i percorsi integrati tra Ospedale e territorio assicurando la continuità di cura.	3.1	Coinvolgimento di tutti i Dipartimenti ospedalieri aziendali per razionalizzare e migliorare i percorsi integrati tra ospedale e territorio	25	Si (allegare relazione)		documentazione interna
4	Obiettivi di Salute e Funzionamento 2020-2021	4.1	N° accessi pazienti oncologici a rischio di malnutrizione segnalati e presi in carico dal team nutrizionale aziendale nel 2023/ N° accessi pazienti oncologici a rischio di malnutrizione segnalati e presi in carico dal team nutrizionale nel 2022.	35	>=2% 100% dal 1 al 1,9% 75%, sotto 1% =0		documentazione interna
		4.2	N° di accessi vascolari impiantati negli ambulatori PICC nel 2022.	30	>=3% al 100% dal 2 al 2,9% 75%, sotto 2% =0		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
4	Obiettivi di Salute e Funzionamento	4.1	Numero accessi vascolari venosi gestiti a domicilio nel 2023/N° medio accessi vascolari venosi gestiti a domicilio nel biennio 2021-2022	15	>= 3% al 100%, dal 2 al 2.9 75%, sotto 1,9% = 0%		<u>Documentazione sanitaria</u>
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Assistenza riabilitativa territoriale	15	100%		Vedi scheda
		5.2	UOC Integrazione socio-sanitaria	15	100%		Vedi scheda
		5.4	UOC Assistenza socio-sanitaria demenze - Centro di riferimento regionale per le demenze	15	100%		Vedi scheda
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.B – Assegnazione ai Distretti delle somme previste per l'assegno di cura ai soggetti riconosciuti disabili gravissimi ed aventi diritto per la successiva liquidazione , entro i termini indicati dal decreto Assessoriale: n. di assegnazioni ai distretti (esitate)/ n. di richieste pervenute dai distretti	20	maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		Delibere di Liquidazione Distrettuali
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria UOC Assistenza riabilitativa territoriale							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
3	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	3.1	N. di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC per l'inoltro all'UOC Approvvigionamenti 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 per l'inoltro all'UOC Approvvigionamenti.	35	maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
4	Effettuazione dei controlli di appropriatezza sulla gestione dei pazienti minori in carico per progetti riabilitativi ai centri di Riabilitazione ex art. 26	4.1	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	>=70% è 100%, da 60 a 69 è 75, se inferiore a 59 è 0%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi ex art.26. Da trasmettere Trimestralmente al SIS	15	Sì		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria UOC Integrazione socio-sanitaria</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
3	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio	3.1	N. pazienti con presa in carico territoriale / N. pazienti segnalati per dimissione protetta dagli Uffici territoriali	15	>= 60% è 100%, da 45 a 59 è 75%, sotto il 44 è 0%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C. ed U.O.S. - Flusso SIAD e ARS
		3.2	N. pazienti assistiti in ADI ed in Cure Palliative domiciliari con età > 65 anni nel 2023 / N° totale di soggetti > 65 anni nel territorio dell'ASP di Palermo	15	>= 7,5% 100% dal 6,5% a 7,4% = 75% da 6% a 6,4% = 50%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C. ed U.O.S. - Flusso SIAD
		3.3	N. pazienti assistiti in Cure Palliative nel 2023 / dato medio biennio 2021-2022	15	>= 3% 100% da 2 a 2,9 = 75% da 1,5% a 1,9% = 50%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C. ed U.O.S. - Flusso SIAD
		3.4	Predisposizione Modulo Dedicato alla PCC (Pianificazione Condivisa delle Cure) per i pazienti affetti da SLA in Cure Palliative Domiciliari	20	Si Predisposizione modulo		Produzione Modulo
4	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure residenziali e nel percorso di continuità assistenziale RSA – territorio-	4.1	N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani	20	>= 30% al 100% da 20% a 29% = 75%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C. ed U.O.S. - Flusso ARS
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi - Flusso ARS	5	Si		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C. ed U.O.S. - Flusso SIAD e ARS
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

<b>Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria UOC Assistenza socio-sanitaria demenze</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
3	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	3.1	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	15	>80%		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
		3.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/n. 4 medici abilitati)	10	>120 Prescrizioni (allegare relazione)		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
		3.3	Valutazione degli accessi inappropriati: n. pazienti presi in carico con fascicolo personale / n. pazienti che si presentano per la prima visita.	30	minore uguale del 25% è 100%, dal 26 al 30% è 75%, da 31 a 50 è il 50%, superiore al 51% è 0		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
		3.4	n. procedure istruite / n. pz inviati al centro diurno dal CDCD	30	maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 %, se inferiore al 74 è 0%.		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
4	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C)  n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	5	maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 %, se inferiore al 74 è 0%.		Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			Documentazione agli atti degli Uffici Interni della U.O.C.

<b>Dipartimento Attività Ospedaliere</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	20	≤ 1		sistema informatico
4	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	Realizzazione di almeno due procedure nell'ambito del rischio clinico con il coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie Ospedaliere e del Risk Manager.	15	SI		documentazione interna
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2)	5.1	Piano di miglioramento relativo al Programma Nazionale Esiti sulla base delle risultanze della UOC Pubblica e Privata.	15	SI		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale 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.	20	Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Ospedalità Pubblica e Privata	10	100%		documentazione interna
		7.2	UOC Ingrassia Direzione Sanitaria di Presidio	10	100%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

<b>Dipartimento Attività Ospedaliera UOC Ospedalità Pubblica e Privata</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	3.1	Monitoraggio trimestrale degli indicatori di esito: Interventi di frattura di femore effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero; N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari; N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI; N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg.	10	4/4 =100		documentazione interna
		3.2	Coordinamento e realizzazione di audit, con gli attori coinvolti e la Direzione Medica di Presidio competente, sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, PTCA in pazienti con IMA STEMI, colecistectomia laparoscopica)	15	realizzati (range)/ n. audit richiesti		documentazione interna
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): Monitoraggio e Audit	4.1	Monitoraggio trimestrale, sulle criticità rilevate, ex post delle attività di ricoveri	10	4/4 =100		documentazione interna
		4.2	Coordinamento e realizzazione di audit, con gli attori coinvolti e la Direzione Medica di Presidio competente, sui risultati critici del monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	15	realizzati (range)/ n. audit richiesti		documentazione interna
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	5.1	Trasmissione report interventi di competenza Case di Cura accreditate	15	n. cartelle ad elevato rischio di inapp/ n. cartelle da controllare >75% = 100%		documentazione interna
		5.2	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	15	100%		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	10	Si (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOS Direzione Sanitaria di Presidio								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
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	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	20	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Monitoraggio trimestrale, sulle criticità rilevate, ex post delle attività di ricoveri	25	SI	4 trimestri /4 = 100%		gestionale ricoveri HERO
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	SI	SI		attestazioni delle UU.OO., modulistica da inoltrare al SIS
6	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	6.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	10		SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CRF nelle strutture sanitarie – Attuazione della Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17.01.2020	7.1	Monitorare effettuazione screening su pazienti da ricoverare in ottemperanza alla Circolare Ministero della Salute n.1479 del 17.10.2020. Sottoporre a screening specifico tramite tampone rettale i pazienti da ricoverare nei reparti provenienti da terapie intensive e rianimazione.  N.Pazienti sottoposti a tampone rettale/ N. Pazienti ricoverati provenienti da terapie intensive e rianimazione.	15		>=90%		referti di esami microbiologici/gestionale ricoveri HERO (n.tamponi rettali/n.pazienti a rischio ricoverati)
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero - P.O. "Civico" di Partinico UOS Direzione Sanitaria di Presidio								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
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	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Monitoraggio trimestrale, sulle criticità rilevate, ex post delle attività di ricoveri	15		4 trimestri /4 = 100%		gestionale ricoveri HERO
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15		Si		attestazioni delle UU.OO., modulistica da inoltrare al SIS
6	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	6.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CRF nelle strutture sanitarie – Attuazione della Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17.01.2020	7.1	Monitorare effettuazione screening su pazienti da ricoverare in ottemperanza alla Circolare Ministero della Salute n.1479 del 17.10.2020, organizzando appositi Audit trimestrali sulla base dei dati di cui al seguente indicatore. Sottoporre a screening specifico tramite tampone rettale tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio : riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna, e lungodegenza.  N.Pazienti sottoposti a tampone rettale/ N. Pazienti ricoverati presso i reparti riabilitazione intensiva, terapia intensiva, geriatria, medicina interna e lungodegenza.	15		si (allegare relazione trimestrale) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà ribaltato sulle UU.OO. coinvolte)		referti di esami microbiologici/gestionale ricoveri HERO (n.tamponi rettali/n.pazienti a rischio ricoverati)
8	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	8.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica)	10		Si (allegare relazione)	Si (allegare relazione)	documentazione interna
9	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)	9.1	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%	>=70%	documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero - P.O. Ingrassia UOC Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
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	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Monitoraggio trimestrale, sulle criticità rilevate, ex post delle attività di ricoveri	15	4 trimestri /4 = 100%		gestionale ricoveri HERO
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	Si		attestazioni delle UU.OO., modulistica da inoltrare al SIS
6	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	6.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	10	Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CRF nelle strutture sanitarie – Attuazione della Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17.01.2020	7.1	Monitorare effettuazione screening su pazienti da ricoverare in ottemperanza alla Circolare Ministero della Salute n.1479 del 17.10.2020, organizzando appositi Audit trimestrali sulla base dei dati di cui al seguente indicatore. Sottoporre a screening specifico tramite tampone rettale tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio : riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna, e lungodegenza.  N.Pazienti sottoposti a tampone rettale/ N. Pazienti ricoverati presso i reparti riabilitazione intensiva, terapia intensiva, geriatria, medicina interna e lungodegenza.	15	si (allegare relazione trimestrale) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà ribaltato sulle UU.OO. coinvolte)		referti di esami microbiologici/gestionale ricoveri HERO (n.tamponi rettali/n.pazienti a rischio ricoverati)
8	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	8.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica)	10	Si (allegare relazione)		documentazione interna
9	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)	9.1	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 (Morbilli, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	>=70%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
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	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Monitoraggio trimestrale, sulle criticità rilevate, ex post delle attività di ricoveri	15		4 trimestri /4 = 100%		gestionale ricoveri HERO
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15		Si		attestazioni delle UU.OO., modulistica da inoltrare al SIS
6	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	6.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CRF nelle strutture sanitarie – Attuazione della Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17.01.2020	7.1	Monitorare effettuazione screening su pazienti da ricoverare in ottemperanza alla Circolare Ministero della Salute n.1479 del 17.10.2020, organizzando appositi Audit trimestrali sulla base dei dati di cui al seguente indicatore. Sottoporre a screening specifico tramite tampone rettale tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio : riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna, e lungodegenza. N.Pazienti sottoposti a tampone rettale/ N. Pazienti ricoverati presso i reparti riabilitazione intensiva, terapia intensiva, geriatria, medicina interna e lungodegenza.	15		si (allegare relazione trimestrale) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà ribaltato sulle UU.OO. coinvolte)		referti di esami microbiologici/gestionale ricoveri HERO (n.tamponi rettali/n.pazienti a rischio ricoverati)
8	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	8.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica)	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna
9	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)	9.1	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 (Morbilli, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		≥70%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero - P.O. Corleone UOS Direzione Sanitaria di Presidio								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
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	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Monitoraggio trimestrale, sulle criticità rilevate, ex post delle attività di ricoveri	15	SI	4 trimestri /4 = 100%		gestionale ricoveri HERO
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	SI	SI		attestazioni delle UU.OO., modulistica da inoltrare al SIS
6	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	6.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	10		SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CRF nelle strutture sanitarie – Attuazione della Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17.01.2020	7.1	Monitorare effettuazione screening su pazienti da ricoverare in ottemperanza alla Circolare Ministero della Salute n.1479 del 17.10.2020, organizzando appositi Audit trimestrali sulla base dei dati di cui al seguente indicatore. Sottoporre a screening specifico tramite tampone rettale tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio : riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna, e lungodegenza. N.Pazienti sottoposti a tampone rettale/ N. Pazienti ricoverati presso i reparti riabilitazione intensiva, terapia intensiva, geriatria, medicina interna e lungodegenza.	15		si (allegare relazione trimestrale) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà ribaltato sulle UU.OO. coinvolte)		referti di esami microbiologici/gestionale ricoveri HERO (n.tamponi rettali/n.pazienti a rischio ricoverati)
8	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	8.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica)	10		SI (allegare relazione)		documentazione interna
9	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)	9.1	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%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. Termini Imerese UOS Direzione Sanitaria di Presidio								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
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	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Monitoraggio trimestrale, sulle criticità rilevate, ex post delle attività di ricoveri	15		4 trimestri /4 = 100%		gestionale ricoveri HERO
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15		Si		attestazioni delle UU.OO., modulistica da inoltrare al SIS
6	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	6.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CRF nelle strutture sanitarie – Attuazione della Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17.01.2020	7.1	Monitorare effettuazione screening su pazienti da ricoverare in ottemperanza alla Circolare Ministero della Salute n.1479 del 17.10.2020, organizzando appositi Audit trimestrali sulla base dei dati di cui al seguente indicatore. Sottoporre a screening specifico tramite tampone rettale tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio : riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna, e lungodegenza. N.Pazienti sottoposti a tampone rettale/ N. Pazienti ricoverati presso i reparti riabilitazione intensiva, terapia intensiva, geriatria, medicina interna e lungodegenza.	15		si (allegare relazione trimestrale) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà ribaltato sulle UU.OO. coinvolte)		referti di esami microbiologici/gestionale ricoveri HERO (n.tamponi rettali/n.pazienti a rischio ricoverati)
8	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	8.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica)	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna
9	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)	9.1	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%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Risorse Umane								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione Dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione Dipartimento
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione Dipartimento
4	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		documentazione Dipartimento
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane	20	100%	100%		documentazione Dipartimento
		5.2	UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali	20	100%	100%		documentazione Dipartimento
		5.3	UOC Affari generali e convenzioni	20	100%	100%		documentazione Dipartimento
		5.4	UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI	20	100%	100%		documentazione Dipartimento
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Dipartimento Risorse Umane:  
UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Regolamento per la disciplina dell'istituto delle "Ferie Solidali" ai sensi degli art. 34 del CCNL del 21.5.2018 - personale del comparto e del CCNL del 19.12.2019 - area sanità, dell'art. 1, comma 4 del CCNL dell'11.7.2019 e dell'art. 17 del CCNL del 17.12.2020 - area delle funzini locali (in condivisione con l'UOC Trattamento economico e previdenziale delle Risorse Umane aziendali)	3.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	20		100%		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
4	Regolamento affidamento, conferma e revoca degli incarichi di posizione, di funzione organizzativa e di funzione professionale del comparto (in condivisione con l'UOC Trattamento Economico e Previdenziale delle Risorse Umane aziendali)	4.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	30		100%		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
5	Contenimento della spesa per il personale (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a1 e 3a2) (in condivisione con l'UOC Trattamento Economico e Previdenziale delle Risorse Umane aziendali)	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	20	SI	≤ 1 (allegare relazione)		Applicativo gestionale stipendi
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.	20	SI	≤ 1 (allegare report con items)		Applicativo gestionale stipendi	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Dipartimento Risorse Umane:  
UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		Rendiconto analitico consuntivo 2023
4	Flusso Personale Dipendente: Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo le modalità indicate nel D.A. del 29 febbraio 2012 ex art.79 (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre: N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	5	20 / 20 100%	100%		applicativo flussi e documentazione UOC
		4.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	10	Sì	4/4 (ognuno entro il mese successivo al trimestre di riferimento)		applicativo flussi e documentazione UOC
5	Flusso Personale Dipendente: Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre	10	Sì	4/4 (ognuno entro il mese successivo al trimestre di riferimento)		applicativo flussi e documentazione UOC
6	Flusso 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 (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	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	Sì	4/4 (ognuno entro il mese successivo al trimestre di riferimento)		applicativo flussi e documentazione UOC

**Dipartimento Risorse Umane:  
UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Contenimento della spesa per il personale (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a1 e 3a2) (in condivisione con l'UOC Stato Giuridico Programmazione e Acquisizione Risorse Umane)	7.1	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	20	Si	≤ 1 (allegare relazione)		Applicativo gestionale stipendi
		7.2	Relazione relativa al Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del 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	20	Si	≤ 1 (allegare relazione)		Applicativo gestionale stipendi
8	Regolamento per la disciplina dell'istituto delle "Ferie Solidali" ai sensi dell'art. 34 del CCNL del 21.5.2018 - personale del comparto e del comparto e del CCNL del 19.12.2019 - area sanità	8.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	5		100%		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
9	Regolamento affidamento, conferma e revoca degli incarichi di posizione, di funzione organizzativa e di funzione professionale del comparto (in condivisione con l'UOC Stato giuridico programmazione e acquisizione risorse umane)	9.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	5		100%		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Dipartimento Risorse Umane:  
UOC Affari Generali e Convenzioni**

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Rispetto della tempistica delle attività di competenza	3.1	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	14/14 100%	100%		Nota trasmissione proposta a Direzione Strategica
		3.2	N. provvedimenti/determine di convenzionamento con vari Enti per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori per i rischi derivanti da agenti fisici, chimici, biologici ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 predisposti entro 30 gg. dalla richiesta / N. richieste di convenzionamento da parte degli Enti/Dipartimenti Regionali etc..	40	20/20 100%	100%		Sito aziendale - Convenzioni
4	Regolamento per la procedura di stipula e/o rinnovo convenzioni con strutture accreditate per la gestione di CTA, CT, RSA, Centri Riabilitazione ex art. 26 L.n. n.833/78 etc...	4.1	Predisposizione bozza revisione regolamento entro il 31/12/2023 con check list documenti necessari per la stipula	20	SI	SI		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
5	Attestazione annuale sulla esaustiva e completezza dell'elenco dei "Consulenti/Collaboratori" pubblicato sul sito aziendale - Portale Dipartimento Funzione Pubblica (assegnato dal Resp. Trasp. Con nota Prot. 03/Trasp del 04.01.2023	5.1	Attività pubblicazione ed aggiornamento dell'elenco dei Consulenti/Collaboratori	5		100% (allegare report e relazione)		documentazione UOC
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

3	Attestazione annuale sulla esaustiva e completezza dell'elenco dei "Consulenti/Collaboratori" pubblicato sul sito aziendale- Portale Dipartimento Funzione Pubblica (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	3.1	Attività di pubblicazione ed aggiornamento dell'elenco dei Consulenti/Collaboratori	2		100% (allegare report e relazione )		documentazione Dipartimento
---	--	-----	---	---	--	-------------------------------------	--	-----------------------------

Dipartimento Risorse Umane: UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		Rendiconto analitico consuntivo 2023
4	Flusso Personale Convenzionato: Invio del Flusso istituito dal progetto art.79 secondo le modalità e la tempistica indicata nel D.A. dell'8 luglio 2013 (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	15	15/15=100%	100%		applicativo flussi e documentazione UOC
		4.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	15	Sì	4/4 (ognuno entro 45 giorni dalla fine del trimestre di riferimento)		applicativo flussi e documentazione UOC
5	Flusso Personale Convenzionato: Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre.	20	Sì	4/4 (ognuno entro 45 giorni dalla fine del trimestre di riferimento)		applicativo flussi e documentazione UOC
6	Rispetto della tempistica delle attività di competenza	6.1	Rispetto dei termini di liquidazione degli emolumenti in favore del personale convenzionato entro il 27 di ogni mese	20		100%		Determina mensile di liquidazione
7	Controllo formale provvedimenti	7.1	N. proposte di delibera relative all'attività del personale convenzionato controllate / N. proposte di delibera relative all'attività del personale convenzionato pervenute dalle macrostrutture aziendali entro il 15 dicembre 2023	15		100%		Note trasmissione proposte a Direzione Strategica
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.42 PALERMO							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	5	100%		documentazione distretto
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	4	≤ 1		documentazione distretto
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)	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	7	>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		4.2	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;	7	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		4.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	7	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto

5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	5.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA) $\geq$ 6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	15	$\geq$ 90% = 100% $\geq$ 80% = 75% $\geq$ 70%=50% inferiore a 69%= 0%		documentazione distretto
		5.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: n. determine aventi ad oggetto" Liquidazione e pag. del contributo economico in favore dei disabili gravissimi" mensili entro il 5 del mese/ 12 mensilità.	5	Da 10 a 12 = 100% da 7 a 9= 75% inferiore o uguale a 6= 0%		documentazione distretto
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C) n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	6	maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		documentazione distretto
7	Progressivo aumento dei pazienti over 65 (non autosufficienti e cronici per prestazioni rese in assistenza domiciliare per tutte le classi CIA) presi in carico dal Distretto	7.1	N° Pazienti over 65 (Classi CIA) presi in carico anno 2023/N° totale di soggetti > 65 anni della popolazione nel territorio del distretto.	10	$\geq$ 5%=100% $\geq$ 3% =75% $\geq$ 1% =50% inferiore a 1%=0		documentazione distretto
8	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	8.1	N° pazienti in carico PUA/n° pazienti cronici registrati	7	$\geq$ 90% = 100% $\geq$ 80% = 75% $\geq$ 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
9	Presenza in carico digitale e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (BPCO diabete e scompenso)	9.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/n° Pazienti cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	7	90% = 100% 80% = 75% 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
10	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	10.1	UOC PTA "Biondo"	3	100%		documentazione distretto
		10.2	UOC PTA "Casa del Sole"	3	100%		
		10.3	UOC PTA "E. Albanese"	3	100%		
		10.4	UOC PTA "Guadagna"	3	100%		
		10.5	UOC PTA "Centro"	3	100%		
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:  
UOC PTA Centro**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione PTA
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)	3.1	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	10	>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		3.2	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;	10	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		3.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto

4	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	Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali IGO 1] N° ricette evase (erogate) / N° ricette prese in carico (prenotate)	10	>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 49%=0		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		4.2	[Rilevazione mensile dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali, sia come primo accesso ( IGO 9) sia come secondo accesso ( IGO 10 ) distinte per classi di priorità ] 12/12 report di rilevazione n. 4 relazioni (relazioni trimestrali sul monitoraggio dei tempi di attesa e/o attivazione azioni correttive	10	3 su 4 >75% =100%		doc. interna
		4.3	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15	100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	N° nuovi pazienti inseriti nel percorso paziente cronico che ricevono un documentato intervento di empowerment della propria condizione/ N° nuovi pazienti inseriti nei percorsi paziente cronico	15	>=80% = 100%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
6	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	6.1	N° pazienti cronici in carico PUA e/o sportello cronico/n° pazienti cronici registrati per la prima volta	10	>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 49%=0		documentazione distretto
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:  
UOC PTA GUADAGNA**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione PTA
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)	3.1	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	10	>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		3.2	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;	10	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		3.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto

4	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	Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali IGO 1] N° ricette evase (erogate) / N° ricette prese in carico (prenotate)	10	>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 49%=0		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		4.2	[Rilevazione mensile dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali, sia come primo accesso ( IGO 9) sia come secondo accesso ( IGO 10 ) distinte per classi di priorità ] 12/12 report di rilevazione n. 4 relazioni (relazioni trimestrali sul monitoraggio dei tempi di attesa e/o attivazione azioni correttive	10	3 su 4 >75% =100%		doc. interna
		4.3	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15	100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	N° nuovi pazienti inseriti nel percorso paziente cronico che ricevono un documentato intervento di empowerment della propria condizione/ N° nuovi pazienti inseriti nei percorsi paziente cronico	15	>=80% = 100%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
6	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	6.1	N° pazienti cronici in carico PUA e/o sportello cronico/n° pazienti cronici registrati per la prima volta	10	>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 49%=0		documentazione distretto
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:  
UOC PTA BIONDO**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione PTA
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)	3.1	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	10	>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		3.2	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;	10	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		3.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto

4	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	Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali IGO 1] N° ricette evase (erogate) / N° ricette prese in carico (prenotate)	10	>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 49%=0		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		4.2	[Rilevazione mensile dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali, sia come primo accesso ( IGO 9) sia come secondo accesso ( IGO 10 ) distinte per classi di priorità ] 12/12 report di rilevazione n. 4 relazioni (relazioni trimestrali sul monitoraggio dei tempi di attesa e/o attivazione azioni correttive	10	3 su 4 ≥75% =100%		doc. interna
		4.3	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15	100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	N° nuovi pazienti inseriti nel percorso paziente cronico che ricevono un documentato intervento di empowerment della propria condizione/ N° nuovi pazienti inseriti nei percorsi paziente cronico	15	>=80% = 100%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
6	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	6.1	N° pazienti cronici in carico PUA e/o sportello cronico/n° pazienti cronici registrati per la prima volta	10	>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 49%=0		documentazione distretto
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:  
UOC PTA ALBANESE**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione PTA
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)	3.1	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	10	>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		3.2	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;	10	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		3.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto

4	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	Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali IGO 1] N° ricette evase (erogate) / N° ricette prese in carico (prenotate)	10	>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 49%=0		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		4.2	[Rilevazione mensile dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali, sia come primo accesso ( IGO 9) sia come secondo accesso ( IGO 10 ) distinte per classi di priorità ] 12/12 report di rilevazione n. 4 relazioni (relazioni trimestrali sul monitoraggio dei tempi di attesa e/o attivazione azioni correttive	10	3 su 4 >75% =100%		doc. interna
		4.3	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15	100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	N° nuovi pazienti inseriti nel percorso paziente cronico che ricevono un documentato intervento di empowerment della propria condizione/ N° nuovi pazienti inseriti nei percorsi paziente cronico	15	>=80% = 100%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
6	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	6.1	N° pazienti cronici in carico PUA e/o sportello cronico/n° pazienti cronici registrati per la prima volta	10	>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 49%=0		documentazione distretto
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:  
UOC PTA CASA DEL SOLE**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione PTA
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)	3.1	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	10	>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		3.2	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;	10	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		3.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto

4	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	Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali IGO 1] N° ricette evase (erogate) / N° ricette prese in carico (prenotate)	10	>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 49%=0		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		4.2	[Rilevazione mensile dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali, sia come primo accesso ( IGO 9) sia come secondo accesso ( IGO 10 ) distinte per classi di priorità ] 12/12 report di rilevazione n. 4 relazioni (relazioni trimestrali sul monitoraggio dei tempi di attesa e/o attivazione azioni correttive	10	3 su 4 >75% =100%		doc. interna
		4.3	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15	100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	N° nuovi pazienti inseriti nel percorso paziente cronico che ricevono un documentato intervento di empowerment della propria condizione/ N° nuovi pazienti inseriti nei percorsi paziente cronico	15	>=80% = 100%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
6	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	6.1	N° pazienti cronici in carico PUA e/o sportello cronico/n° pazienti cronici registrati per la prima volta	10	>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 49%=0		documentazione distretto
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

## Distretto Sanitario n. 33 Cefalu

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	5		100%		documentazione distretto
4	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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	4		≤ 1		documentazione distretto
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. 1 n. 20 12 maggio 2017)	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	5		>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.2	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;	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
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 3.1.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	8		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70%=50% inferiore a 69%= 0%		documentazione distretto
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: n. determine aventi ad oggetto "Liquidazione e pag. del contributo economico in favore dei disabili gravissimi" mensili entro il 5 del mese/ 12 mensilità.	8		Da 10 a 12 = 100% da 7 a 9= 75% inferiore o uguale a 6= 0%		documentazione distretto
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C) n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	5		maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		documentazione distretto
8	Progressivo aumento dei pazienti over 65 (non autosufficienti e cronici per prestazioni rese in assistenza domiciliare per tutte le classi CIA) presi in carico dal Distretto	8.1	N° Pazienti over 65 (Classi CIA) presi in carico anno 2023/N° totale di soggetti > 65 anni della popolazione nel territorio del distretto.	10		>= 5%=100% >= 3% =75% >= 1% =50% inferiore a 1%=0		documentazione distretto
9	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	9.1	N° pazienti in carico PUA/n° pazienti cronici registrati	10		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
10	Presenza in carico digitale e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (BPCO diabete e scompenso)	10.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/n° Pazienti cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	10		90% = 100% 80% = 75% 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
11	- 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	11.1	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15		100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Distretto Sanitario n. 34 Carini

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	5		100%		documentazione distretto
4	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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	4		≤ 1		documentazione distretto
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. 1 n. 20 12 maggio 2017)	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	5		>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.2	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;	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
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 3.1.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	8		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70%=50% inferiore a 69%= 0%		documentazione distretto
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: n. determine aventi ad oggetto "Liquidazione e pag. del contributo economico in favore dei disabili gravissimi" mensili entro il 5 del mese/ 12 mensilità.	8		Da 10 a 12 = 100% da 7 a 9= 75% inferiore o uguale a 6= 0%		documentazione distretto
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C) n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	5		maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		documentazione distretto
8	Progressivo aumento dei pazienti over 65 (non autosufficienti e cronici per prestazioni rese in assistenza domiciliare per tutte le classi CIA) presi in carico dal Distretto	8.1	N° Pazienti over 65 (Classi CIA) presi in carico anno 2023/N° totale di soggetti > 65 anni della popolazione nel territorio del distretto.	10		>= 5%=100% >= 3% =75% >= 1% =50% inferiore a 1%=0		documentazione distretto
9	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	9.1	N° pazienti in carico PUA/n° pazienti cronici registrati	10		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
10	Presenza in carico digitale e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (BPCO diabete e scompenso)	10.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/n° Pazienti cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	10		90% = 100% 80% = 75% 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
11	- 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	11.1	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15		100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Distretto Sanitario n. 35 Petralia

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	5		100%		documentazione distretto
4	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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	4		≤ 1		documentazione distretto
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. 1 n. 20 12 maggio 2017)	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	5		>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.2	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;	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
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 3.1.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	8		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70%=50% inferiore a 69%= 0%		documentazione distretto
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: n. determine aventi ad oggetto "Liquidazione e pag. del contributo economico in favore dei disabili gravissimi" mensili entro il 5 del mese/ 12 mensilità.	8		Da 10 a 12 = 100% da 7 a 9= 75% inferiore o uguale a 6= 0%		documentazione distretto
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C) n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	5		maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		documentazione distretto
8	Progressivo aumento dei pazienti over 65 (non autosufficienti e cronici per prestazioni rese in assistenza domiciliare per tutte le classi CIA) presi in carico dal Distretto	8.1	N° Pazienti over 65 (Classi CIA) presi in carico anno 2023/N° totale di soggetti > 65 anni della popolazione nel territorio del distretto.	10		>= 5%=100% >= 3% =75% >= 1% =50% inferiore a 1%=0		documentazione distretto
9	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	9.1	N° pazienti in carico PUA/n° pazienti cronici registrati	10		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
10	Presenza in carico digitale e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (BPCO diabete e scompenso)	10.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/n° Pazienti cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	10		90% = 100% 80% = 75% 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
11	- 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	11.1	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15		100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Distretto Sanitario n. 36 Misilmeri

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	5		100%		documentazione distretto
4	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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	4		≤ 1		documentazione distretto
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. 1 n. 20 12 maggio 2017)	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	5		>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.2	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;	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
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 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scopenso 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	8		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70%=50% inferiore a 69%= 0%		documentazione distretto
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: n. determine aventi ad oggetto "Liquidazione e pag. del contributo economico in favore dei disabili gravissimi" mensili entro il 5 del mese/ 12 mensilità.	8		Da 10 a 12 = 100% da 7 a 9= 75% inferiore o uguale a 6= 0%		documentazione distretto
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C) n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	5		maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		documentazione distretto
8	Progressivo aumento dei pazienti over 65 (non autosufficienti e cronici per prestazioni rese in assistenza domiciliare per tutte le classi CIA) presi in carico dal Distretto	8.1	N° Pazienti over 65 (Classi CIA) presi in carico anno 2023/N° totale di soggetti > 65 anni della popolazione nel territorio del distretto.	10		>= 5%=100% >= 3% =75% >= 1% =50% inferiore a 1%=0		documentazione distretto
9	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	9.1	N° pazienti in carico PUA/n° pazienti cronici registrati	10		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
10	Presenza in carico digitale e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (BPCO diabete e scompenso)	10.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/n° Pazienti cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	10		90% = 100% 80% = 75% 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
11	- 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	11.1	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15		100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Distretto Sanitario n. 37 Termini

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	5		100%		documentazione distretto
4	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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	4		≤ 1		documentazione distretto
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. 1 n. 20 12 maggio 2017)	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	5		>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.2	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;	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
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 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scopenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	8		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70%=50% inferiore a 69%= 0%		documentazione distretto
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: n. determine aventi ad oggetto "Liquidazione e pag. del contributo economico in favore dei disabili gravissimi" mensili entro il 5 del mese/ 12 mensilità.	8		Da 10 a 12 = 100% da 7 a 9= 75% inferiore o uguale a 6= 0%		documentazione distretto
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C) n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	5		maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		documentazione distretto
8	Progressivo aumento dei pazienti over 65 (non autosufficienti e cronici per prestazioni rese in assistenza domiciliare per tutte le classi CIA) presi in carico dal Distretto	8.1	N° Pazienti over 65 (Classi CIA) presi in carico anno 2023/N° totale di soggetti > 65 anni della popolazione nel territorio del distretto.	10		>= 5%=100% >= 3% =75% >= 1% =50% inferiore a 1%=0		documentazione distretto
9	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	9.1	N° pazienti in carico PUA/n° pazienti cronici registrati	10		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
10	Presenza in carico digitale e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (BPCO diabete e scompenso)	10.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/n° Pazienti cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	10		90% = 100% 80% = 75% 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
11	- 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	11.1	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15		100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Distretto Sanitario n. 38 Lercara

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	5		100%		documentazione distretto
4	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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	4		≤ 1		documentazione distretto
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. 1 n. 20 12 maggio 2017)	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	5		>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.2	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;	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
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 3.1.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	8		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70%=50% inferiore a 69%= 0%		documentazione distretto
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: n. determine aventi ad oggetto "Liquidazione e pag. del contributo economico in favore dei disabili gravissimi" mensili entro il 5 del mese/ 12 mensilità.	8		Da 10 a 12 = 100% da 7 a 9= 75% inferiore o uguale a 6= 0%		documentazione distretto
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C) n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	5		maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		documentazione distretto
8	Progressivo aumento dei pazienti over 65 (non autosufficienti e cronici per prestazioni rese in assistenza domiciliare per tutte le classi CIA) presi in carico dal Distretto	8.1	N° Pazienti over 65 (Classi CIA) presi in carico anno 2023/N° totale di soggetti > 65 anni della popolazione nel territorio del distretto.	10		>= 5%=100% >= 3% =75% >= 1% =50% inferiore a 1%=0		documentazione distretto
9	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	9.1	N° pazienti in carico PUA/n° pazienti cronici registrati	10		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
10	Presenza in carico digitale e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (BPCO diabete e scompenso)	10.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/n° Pazienti cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	10		90% = 100% 80% = 75% 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
11	- 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	11.1	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15		100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Distretto Sanitario n. 39 Bagheria

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	5		100%		documentazione distretto
4	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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	4		≤ 1		documentazione distretto
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. 1 n. 20 12 maggio 2017)	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	5		>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.2	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;	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
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 3.1.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	8		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70%=50% inferiore a 69%= 0%		documentazione distretto
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: n. determine aventi ad oggetto "Liquidazione e pag. del contributo economico in favore dei disabili gravissimi" mensili entro il 5 del mese/ 12 mensilità.	8		Da 10 a 12 = 100% da 7 a 9= 75% inferiore o uguale a 6= 0%		documentazione distretto
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C) n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	5		maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		documentazione distretto
8	Progressivo aumento dei pazienti over 65 (non autosufficienti e cronici per prestazioni rese in assistenza domiciliare per tutte le classi CIA) presi in carico dal Distretto	8.1	N° Pazienti over 65 (Classi CIA) presi in carico anno 2023/N° totale di soggetti > 65 anni della popolazione nel territorio del distretto.	10		>= 5%=100% >= 3% =75% >= 1% =50% inferiore a 1%=0		documentazione distretto
9	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	9.1	N° pazienti in carico PUA/n° pazienti cronici registrati	10		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
10	Presenza in carico digitale e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (BPCO diabete e scompenso)	10.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/n° Pazienti cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	10		90% = 100% 80% = 75% 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
11	- 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	11.1	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15		100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Distretto Sanitario n. 40 Corleone

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	5		100%		documentazione distretto
4	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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	4		≤ 1		documentazione distretto
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. 1 n. 20 12 maggio 2017)	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	5		>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.2	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;	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
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 3.1.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	8		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70%=50% inferiore a 69%= 0%		documentazione distretto
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: n. determine aventi ad oggetto "Liquidazione e pag. del contributo economico in favore dei disabili gravissimi" mensili entro il 5 del mese/ 12 mensilità.	8		Da 10 a 12 = 100% da 7 a 9= 75% inferiore o uguale a 6= 0%		documentazione distretto
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C) n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	5		maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		documentazione distretto
8	Progressivo aumento dei pazienti over 65 (non autosufficienti e cronici per prestazioni rese in assistenza domiciliare per tutte le classi CIA) presi in carico dal Distretto	8.1	N° Pazienti over 65 (Classi CIA) presi in carico anno 2023/N° totale di soggetti > 65 anni della popolazione nel territorio del distretto.	10		>= 5%=100% >= 3% =75% >= 1% =50% inferiore a 1%=0		documentazione distretto
9	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	9.1	N° pazienti in carico PUA/n° pazienti cronici registrati	10		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
10	Presenza in carico digitale e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (BPCO diabete e scompenso)	10.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/n° Pazienti cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	10		90% = 100% 80% = 75% 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
11	- 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	11.1	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15		100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Distretto Sanitario n. 41 Partinico

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2022	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	5		100%		documentazione distretto
4	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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	4		≤ 1		documentazione distretto
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. 1 n. 20 12 maggio 2017)	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	5		>=80%= 100% ;da 70 a 79% = 75%; da 50 a 69= 50 %; inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.2	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;	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
		5.3	N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5		>=80% = 100% da 70 a 79% = 75% da 50 a 69= 50 % inferiore a 49% = 0% Per ciascun indicatore. (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		documentazione distretto
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 3.1.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	8		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70%=50% inferiore a 69%= 0%		documentazione distretto
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: n. determine aventi ad oggetto "Liquidazione e pag. del contributo economico in favore dei disabili gravissimi" mensili entro il 5 del mese/ 12 mensilità.	8		Da 10 a 12 = 100% da 7 a 9= 75% inferiore o uguale a 6= 0%		documentazione distretto
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi (Flusso C) n. caricamenti richieste/ n. richieste pervenute	5		maggiore uguale 90 è 100%, da 75 a 89 è 75 % , se inferiore al 74 è 0%.		documentazione distretto
8	Progressivo aumento dei pazienti over 65 (non autosufficienti e cronici per prestazioni rese in assistenza domiciliare per tutte le classi CIA) presi in carico dal Distretto	8.1	N° Pazienti over 65 (Classi CIA) presi in carico anno 2023/N° totale di soggetti > 65 anni della popolazione nel territorio del distretto.	10		>= 5%=100% >= 3% =75% >= 1% =50% inferiore a 1%=0		documentazione distretto
9	Cronicità e percorsi assistenziali: Monitoraggio PUA pazienti cronici; corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati	9.1	N° pazienti in carico PUA/n° pazienti cronici registrati	10		>=90% = 100% >=80% = 75% >=70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
10	Presenza in carico digitale e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (BPCO diabete e scompenso)	10.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/n° Pazienti cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	10		90% = 100% 80% = 75% 70% = 50% inferiore al 69%=0		documentazione distretto
11	- 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	11.1	Monitoraggio mensile specialistica ambulatoriale interna numero dei monitoraggi delle branche specialistiche presenti nel distretto/numero branche specialistiche attive presenti nel distretto (il calcolo verrà effettuato mensilmente e verrà effettuata una media aritmetica per determinare il punteggio finale)	15		100% da 70% a 99% = 75% da 50 a 69% = 50% al di sotto uguale a zero		doc. interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

<b>AREA 1</b>							
<b>UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici e modalità di selezione del personale assegnatario	2	SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2	SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2	SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
7	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	7.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5	SI (allegare relazione)		documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale 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.	15	SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
		8.2	Liquidazione fatture nei termini di legge tramite applicativo amministrativo contabile (Numero 4/4 controlli a campione nella misura del 5% delle fatture su base annuale) trasmissione check list	10	4 su 4		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
9	Acquisizione di beni e servizi	9.1	Programmazione dei fabbisogni (servizi e forniture) e predisposizione degli atti propedeutici al relativo approvvigionamento nelle materie/categorie merceologiche escluse dalla programmazione aziendale. Creazione Check List e cronoprogramma azioni da intraprendere con i soggetti/Uffici interessati.	25	100% (Relazione che contenga cronoprogramma)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
10	Digitalizzazione/dematerializzazione	10.1	Avvio del processo di Adozione della firma digitale relativa agli atti amministrativi; N. Funzionari dotati di firma digitale si	24	N. Dirigenti/Funzionari con Firma entro 31/12/2023		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
			<b>Totale</b>	<b>100</b>			

<b>AREA 2</b> <b>UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici e modalità di selezione del personale assegnatario	2	SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2	SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2	SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
7	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	7.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5	SI (allegare relazione)		documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale 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.	15	SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
		8.2	Liquidazione fatture nei termini di legge tramite applicativo amministrativo contabile (Numero 4/4 controlli a campione nella misura del 5% delle fatture su base annuale) trasmissione check list	10	4 su 4		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
9	Acquisizione di beni e servizi	9.1	Programmazione dei fabbisogni (servizi e forniture) e predisposizione degli atti propedeutici al relativo approvvigionamento nelle materie/categorie merceologiche escluse dalla programmazione aziendale. Creazione Check List e cronoprogramma azioni da intraprendere con i soggetti/Uffici interessati.	25	100% (Relazione che contenga cronoprogramma)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
10	Digitalizzazione/dematerializzazione	10.1	Avvio del processo di Adozione della firma digitale relativa agli atti amministrativi; N. Funzionari dotati di firma digitale si	24	N. Dirigenti/Funzionari con Firma entro 31/12/2023		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
<b>Totale</b>				<b>100</b>			

<b>AREA 3</b>							
<b>UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici e modalità di selezione del personale assegnatario	2	SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2	SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2	SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
7	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	7.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5	SI (allegare relazione)		documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale 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.	15	SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
		8.2	Liquidazione fatture nei termini di legge tramite applicativo amministrativo contabile (Numero 4/4 controlli a campione nella misura del 5% delle fatture su base annuale) trasmissione check list	10	4 su 4		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
9	Acquisizione di beni e servizi	9.1	Programmazione dei fabbisogni (servizi e forniture) e predisposizione degli atti propedeutici al relativo approvvigionamento nelle materie/categorie merceologiche escluse dalla programmazione aziendale. Creazione Check List e cronoprogramma azioni da intraprendere con i soggetti/Uffici interessati.	25	100% (Relazione che contenga cronoprogramma)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
10	Digitalizzazione/dematerializzazione	10.1	Avvio del processo di Adozione della firma digitale relativa agli atti amministrativi; N. Funzionari dotati di firma digitale si	24	N. Dirigenti/Funzionari con Firma entro 31/12/2023		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
<b>Totale</b>				<b>100</b>			

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico  
UOC Medicina generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive. Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza (da inserire nelle altre UOC M gener)	6		>=60%		Laboratorio analisi direzione medica di presidio
4	Obiettivi qualità e sicurezza del paziente	4.1	In ottemperanza al D.A. n. 1004/2016 per la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBSI) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (targeting zero) nelle strutture del SSR.  N' pazienti con impianto di Midiline/PICC documentato da scheda di impianto/N' pazienti con impianto Midiline/PICC	6		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Screening per neoplasia polmonare secondo linee guida - follow-up dei pazienti ricoverati per cap (polmonite acquisita in comunità, e fattori di rischio fascia di eta' 50-80 anni fumatore attivo o ex fumatore da meno di 1s anni indicazione alla immissione a consigliare screening per neoplasia polmonare (ra riportare nella relazione di omissione) con esecuzione tc polmonare con mdc ad almeno 8 settimane dalla data di dimissione ed eventuale visita pneumologica/internistica	5.1	N. di pazienti con indicazione a follow.up in lettera di immissione/N. di pazienti eleggibili  (NB la UOC effettuerà prestazioni di follow-up in regime ambulatoriale per i pz degenti descritti nel presente ob. Post dimissione)	7		>=90%		Sistema HERO/Fonte interna
6	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)	6.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	7		>=90%		documentazione interna
		6.2	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		>=90%		documentazione interna

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico  
UOC Medicina generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
7	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)	7.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	6		>=90%		documentazione interna
		7.2	N. pazienti con BPCO per i quali è stata istruita l'istanza di dimissione facilitata alla UOC Integrazione Socio-Sanitaria / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata per i quali è necessario istruire la pratica	6		>=90%		documentazione interna
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina Generale	8.1	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	7		Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	7		Si		documentazione interna
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	7		>=10%		documentazione interna
		9.2	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	7		100 %		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	7		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	7		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico  
UOC Cardiologia - UTIC**

N. OBT V.	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
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	15	15/15 100% giugno-dicembre	>=90%		documentazione interna
		3.2	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	10	87/87 100%	>=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	15	14/14 100% giugno - dicembre	>=90%		documentazione interna
4	miglioramento attività assistenziale	4.1	n.di pazienti con scompenso cardiaco ai quali venga dosata BNP all'atto del ricovero e in dimissione/ n. pz ricoverati con scompenso cardiaco.	15		>=95%		documentazione interna
5	Miglioramento organizzativo degenza	5.1	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	5	giustificato	>=90%		documentazione interna
		5.2	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	10	100%	100 %		documentazione interna
		5.3	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	10	< 50%	>=50%		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>Totale peso</b>				<b>100</b>				

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico  
UOC Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
3	Mantenimento dei livelli di attività	3.1	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	15		<=105%		documentazione interna
4	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di area medica, di area chirurgica e di emergenza per il triage del piede diabetico e corretto inquadramento secondo intensità di cura nell'80% dei pazienti che accedono in PS o in ambulatorio entro 24h dalla valutazione. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla UOSD Malattie endocrine e del metabolismo "Piede Diabetico" e dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 ed implementazione entro il 30/09/2023	8		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Elaborazione di un percorso aziendale diagnostico-terapeutico assistenziale per la gestione del piede diabetico all'interno della ASP Palermo da parte della UOSD Malattie endocrine e del metabolismo "piede Diabetico"	8		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		4.3	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	8		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		4.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	8		Sì		documentazione interna

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico  
UOC Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
5	Miglioramento organizzativo degenza	5.1	Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	8		>=10%		documentazione interna
		5.2	Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate: Numero richieste trasmesse per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	8		>=90%		documentazione interna
		5.3	Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	8		100 %		documentazione interna
		5.4	Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12: n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	9		>=50%		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

<b>Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Medicina generale</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive, Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza (da inserire nelle altre UOC M gener)	3		>90%		Laboratorio analisi direzione medica di presidio
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. 1 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. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10		>=90%		documentazione interna
		4.2	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	8		>=90%		documentazione interna
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. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10		>=90%		documentazione interna
		5.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5		>=90%		documentazione interna
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	Attivazione Ricoveri in Day Service UOC Medicina	8		Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina Generale	7.1	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si		documentazione interna

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese  
UOC Medicina generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
8	Miglioramento organizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5		>=10%		documentazione interna
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pi quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	7		>=0,5 (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di richieste di dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitario	7		>=90%		documentazione interna
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	7		100 %		documentazione interna
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	10.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

<b>Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Medicina generale</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tamponi rettali, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive, Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tamponi rettali/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza (da inserire nelle altre UOC M gener)	6		>90%		Laboratorio analisi direzione medica di presidio
4	Obiettivi qualità e sicurezza del paziente	4.1	In ottemperanza al D.A. n. 1004/2016 per la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBSI) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (targeting zero) nelle strutture del SSR.  N' pazienti con impianto di Midiline/PICC documentato da scheda di impianto/N' pazienti con impianto Midiline/PICC	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Screening per neoplasia polmonare secondo linee guida - follow-up dei pazienti ricoverati per cap (polmonite acquisita in comunità, e fattori di rischio fascia di età 50-80 anni fumatore attivo o ex fumatore da meno di 1s anni indicazione alla immissione a consigliare screening per neoplasia polmonare (ra riportare nella relazione di ommissione) con esecuzione tc polmonare con mdc ad almeno 8 settimane dalla data di dimissione ed eventuale visita pneumologica/interistica	5.1	N. di pazienti con indicazione a follow.up in lettera di immissione/N. di pazienti eleggibili	5		>90%		Sistema HERO/Fonte interna
6	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)	6.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10		>=90%		documentazione interna
		6.2	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		>=90%		documentazione interna

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Medicina generale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	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)	7.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	5		>=90%		documentazione interna
		7.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5		>=90%		documentazione interna
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina Generale	8.1	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si		documentazione interna
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5		>=10%		documentazione interna
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	7		>=0,5 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di richieste di dimissioni facilitate-protette / numero richieste istruite	7		>=90%		documentazione interna
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5		100 %		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D - Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia - UTIC								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	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	3.1	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	25	119/126 94,44%	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
4	Miglioramento dei livelli di attività	4.1	Degenza Media (DM): DM 2023 <= 7 giorni	20	6,20	DM 2023 <= 7 g 100% da 7,1 a 8,9 gg 75% da 9 a 11g 50%		documentazione interna
5	Miglioramento attività assistenziale	5.1	Per i pazienti con sindrome coronarica acuta almeno una misurazione in corso di ricovero Pazienti che ricevono la cura/pz ricoverati LDL	10		>=90%		documentazione interna
6	Miglioramento organizzativo degenza	6.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5		>=20%		documentazione interna
		6.2	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	10		100 %		documentazione interna
		6.3	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	10		>=45%		documentazione interna
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D - Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	8.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive. Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza	10		>=90%		Laboratorio analisi direzione medica di presidio
4	Obiettivi qualità e sicurezza del paziente	4.1	Valutazione multidimensionale ed Indice prognosticomultidimensionale da effettuare su tutti i pazienti ricoverati all'ingresso ed alla dimissione per migliorare la qualità dell'assistenza. Indicatore: N pazienti sottoposti Valutazione multidimensionale/N pazienti ricoverati	8		>=80%		documentazione interna
		4.2	In ottemperanza al D.A. n. 1004/2016 per la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBSI) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (targeting zero) nelle strutture del SSR. N' pazienti con impianto di Midline/PICC documentato da scheda di impianto/N' pazienti con impianto Midline/PICC	10		>=90%		documentazione interna
5	Screening per neoplasia polmonare secondo linee guida. Follow-up dei pazienti ricoverati per cap (polmonite acquisita in comunità) e fattori di rischio Fascia dieta' 50-80 anni fumatore attivo o ex fumatore da meno di 15 anni: indicazione alla dimissione a consigliare screening per neoplasia polmonare (da riportare nella relazione di dimissione) con esecuzione TC polmonare con mdc ad almeno 8 settimane dalla data dimissione ed eventuale visita pneumologica/internistica.	5.1	N. pazienti con indicazione a follow-up in lettera di dimissione/N. di pazienti eleggibili	5		>=90%		documentazione interna
6	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)	6.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	8	87/87 100%	>=90%		documentazione interna
		6.2	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	8	90/90 100%	>=90%		documentazione interna
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.2	Tasso Occupazione (TO): DM 2023/ DM 2022	5	81,29% dato 2020	>=95%		documentazione interna

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
8	Miglioramento dell'attività assistenziale	8.1	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	8	1,9/2=0,95	Si		documentazione interna
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	36/1078 3,3%	>=5%		documentazione interna
		9.2	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero per di richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitario	8		>=90%		documentazione interna
		9.3	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	7	531/531 100%	100 %		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOSD Screening colon retto								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Estensione screening tumore del colon retto	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	25	177.926/177.926 100%	100%		Survey GISCoR
4	Adesione screening tumore del colon retto	4.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	12		>=3% 2022		documentazione interna in collaborazione con la UOC Centro Gestionale Screening documentazione interna in collaborazione con la UOC Centro Gestionale Screening
5	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	5.1	Compilazione survey entro 15 giorni dalla scadenza	10	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna in collaborazione con la UOC Centro Gestionale Screening
6	Aumento tasso di individuazione di adenomi durante colonscopia nell'ambito del programma di screening del tumore del colon retto (adenoma detection rate)	6.1	N°colonscopie con almeno un polipo /N° totale colonscopie eseguite dopo SOF test positivo	6	264/881 30%	>20%		documentazione interna
7	Completezza della colonscopia	7.1	N. di colonscopie con raggiungimento del cieco/ N. di colonscopie eseguite	6	863/881 98%	>=90%		documentazione interna
8	Tasso di adesione alla colonscopia	8.1	N. utenti che hanno aderito alla colonscopia / N. utenti con SOF test positivo (N°colonscopie/SOF+)	6	881/1811 49%	>= 85%		documentazione interna
9	Tempistica della colonscopia	9.1	N. utenti con SOF test positivo che eseguono colonscopia entro 60 giorni dall'evidenza del test positivo / N. utenti con SOF test positivo	6	599/881 68%	>= 50%		documentazione interna
10	Miglioramento della soddisfazione dell'utente	10.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	6	Si	>= 95%		documentazione interna in collaborazione con la UOC Centro Gestionale Screening
11	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	11.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	3		Si (allegare relazione)		documentazione interna
12	Adeguatezza della colonscopia	12.1	N. di colonscopie con pulizia adeguata/ N. di colonscopie eseguite	5	836/881 95%	>=90%		documentazione interna
13	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	13.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## DISTRETTO OSPEDALIERO 3 - P.O. "G.F. Ingrassia" UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (Rev)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Completezza della colonscopia	3.1	N. colonscopie con raggiungimento del cieco/ N. colonscopie eseguite afferenti da CUP	25		≥ 90%		documentazione interna
4	Tasso individuazione di adenomi durante la colonscopia (adenoma detection rate)	4.1	N. colonscopie con almeno un polipo / N. totale colonscopie eseguite afferenti da CUP	10		≥ 20%		documentazione interna
5	Miglioramento della soddisfazione dell'utente	5.1	N. di questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva / N. di questionari di soddisfazione somministrati	10		≥ 95%		documentazione interna
6	Adeguatezza della colonscopia	6.1	N. di colonscopie con pulizia adeguata / N. di colonscopie eseguite afferenti da CUP	25		≥ 90%		documentazione interna
7	Sicurezza degli esami endoscopici "adverse events"	7.1	N. di eventi avversi in corso di endoscopia digestiva / N. di endoscopie digestive eseguite afferenti da CUP	20		≤ 0,05%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone  
UOS Medicina generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive, Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza (da inserire nelle altre UOC M gener)	6		>90%		Laboratorio analisi direzione medica di presidio
4	Screening per neoplasia polmonare secondo linee guida - follow-up dei pazienti ricoverati per cap (polmonite acquisita in comunità, e fattori di rischio fascia di età' 50-80 anni fumatore attivo o ex fumatore da meno di 1s anni indicazione alla immissione a consigliare screening per neoplasia polmonare (ra riportare nella relazione di ommissione) con esecuzione tc polmonare con mdc ad almeno 8 settimane dalla data di dimissione ed eventuale visita pneumologica/internistica	4.1	N. di pazienti con indicazione a follow.up in lettera di immissione/N. di pazienti eleggibili	5		>90%		Sistema HERO/Fonte interna
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. 1 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. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10		>=90%		documentazione interna
		5.2	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		>=90%		documentazione interna

<b>Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOS Medicina generale</b>								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
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. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	6		>=90%		documentazione interna
		6.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	6		>=90%		documentazione interna
7	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina Generale	7.1	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	6		Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	6		Si		documentazione interna
8	Miglioramento organizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	6		>=10%		documentazione interna
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (il calcolo del numero preordinato del pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	7		>=0,5 (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di richieste di dimissioni facilitate-protette / numero richieste istruite	7		>90%		documentazione interna
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5		100 %		documentazione interna
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D - Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	10.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**Distretto Ospedaliero - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana  
UOC Medicina generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Obiettivi qualità e sicurezza del paziente	3.1	In ottemperanza al D.A. n. 1004/2016 per la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBSI) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (targeting zero) nelle strutture del SSR. N° pazienti con impianto di Midline/PICC documentato da scheda di impianto/N° pazienti con impianto Midline/PICC	8		Si (allegare relazione)		documentazione interna
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. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10		>=90%		documentazione interna
		4.2	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		>=90%		documentazione interna

**Distretto Ospedaliero - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana  
UOC Medicina generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
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. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	8		>=90%		documentazione interna
		5.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	8		>=90%		documentazione interna
6	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina Generale	6.1	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	7		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì		documentazione interna
7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5		>=10%		documentazione interna
		7.2	<i>Garanzia del numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	7		>=0,5 (allegare relazione)		documentazione interna
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di richieste di dimissioni facilitate-protette / numero richieste istruite	7		>90%		documentazione interna
		7.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5		100 %		documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	5		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	9.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

<b>Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Unità spinale</b>							
<b>UOC</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti del Centro "Villa delle Ginestre"	3.1	N. cartelle cliniche dei pazienti codice 75 con progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. cartelle cliniche codice 75 dei pazienti degenti al 31/12/2023	40	100% (allegare report)		cartelle cliniche degenza
4	Miglioramento dei livelli di attività	4.1	N. pazienti a controllo post dimissione codice 28 in reparto, dopo 30 gg. / N. totale pazienti dimessi della Città Metropolitana di Palermo	30	≥90%		cartelle cliniche degenza
5	Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CRF nelle strutture sanitarie – Attuazione della Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17.01.2020	5.1	Monitorare effettuazione screening su pazienti da ricoverare in ottemperanza alla Circolare Ministero della Salute n.1479 del 17.10.2020, organizzando appositi Audit trimestrali sulla base dei dati di cui al seguente indicatore. Sottoporre a screening specifico tramite tampone rettale tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio : riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna, e lungodegenza.  N.Pazienti sottoposti a tampone rettale/ N. Pazienti ricoverati presso i reparti riabilitazione intensiva, terapia intensiva, geriatria, medicina interna e lungodegenza.	20	≥90%		referti di esami microbiologici/gestionale ricoveri HERO (n.tamponi rettali/n.pazienti a rischio ricoverati)
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Recupero e riabilitazione funzionale</b>							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Valutazione trattamento ambulatoriale	3.1	Aumento rispetto all'anno 2022 N. Pazienti con Morbo di Parkinson in trattamento riabilitativo ambulatoriale al 31/12/2023	15	≥20% del valore del 2022 (Se uguale al 2022 fino al 19% si considera 75% V.R.)		cartella clinica ambulatoriale
		3.2	Incremento rispetto all'anno 2022 N. Pazienti in trattamento riabilitativo in ambulatorio PAVIMENTO PELVICO al 31/12/2023	30	≥10% del valore del 2022 (Se uguale al 2022 fino al 9% si considera 75% V.R.)		cartella clinica ambulatoriale
4	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti ambulatoriali del Centro "Villa delle Ginestre"	4.1	N. pazienti con presenza di progetto riabilitativo in palestra che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. pazienti destinatari di progetto riabilitativo	45	=100% (allegare report)		cartella clinica ambulatoriale
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

<b>Dipartimento Chirurgia</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
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 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		documentazione interna
4	miglioramento organizzativo degenza	4.1	Aumento degli interventi chirurgici rispetto all'anno 2022	10	> 5 % 2022		documentazione interna
		4.2	dimissione dai reparti di degenza entro le ore 12	10	≥ 50		documentazione interna
		4.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	5	≥90%		documentazione interna
5	Miglioramento attività assistenziale	5.1	attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	6	Si (allegare relazione)		documentazione interna

6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	5	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)	documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)	documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	Chirurgia Generale - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone (UOSDIP)	5	100%	scheda uoc
		8.2	Chirurgia Generale - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana (UOSDIP)	5	100%	scheda uoc
		8.3	Urologia - P.O. "Civico" di Partinico (UOSDIP)	5	100%	scheda uoc
		8.4	Chirurgia Generale - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo (UOC)	5	100%	scheda uoc
		8.5	Chirurgia Generale - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC)	5	100%	scheda uoc
		8.6	Chirurgia Generale - P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	5	100%	scheda uoc
		8.7	Otorinolaringoiatria - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC)	5	100%	scheda uoc
		8.8	Ortopedia e traumatologia - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC)	5	100%	scheda uoc
		8.9	Ortopedia e traumatologia - P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	5	100%	scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

<b>Dipartimento Chirurgia - P.O. "S. Cimino"Termini Imerese UOC Ortopedia e traumatologia</b>							
<b>N. OBT V</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 UO Ortopedia e traumatologia PO Termini Imerese	3.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
4	Miglioramento dei livelli di attività	4.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO "S. Cimino"Terimini Imerese: Degenza Media (DM):	7	da 0 a 7 gg =100 8 a 12= 75% superiore a 13= 0		documentazione interna
		4.3	UOC Ortopedia e traumatologia PO "S. Cimino" Terimini Imerese: Tasso di Occupazione (TO)	7	>=95%		documentazione interna
5	Miglioramento attività assistenziale	5.1	Progetto riabilitativo di assunzione posizione ortostatica e deambulazione assistita nelle 48h post operatorio fratture d'anca	10	entro 48 h = 100% da 48h a 60h =75% superiore 61h=0		documentazione interna
		5.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	7	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	7	Sì (allegare relazione)		documentazione interna

6	Miglioramento organizzativo degenza	6.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	7	>=10%		documentazione interna
		6.2	<i>Monitoraggio delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	7	>=90%		documentazione interna
		6.3	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	7	100 %		documentazione interna
		6.4	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	7	>=50%		documentazione interna
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	7	Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	8.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	7	Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

<b>Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia</b>							
<b>N. OBT V</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 UO Ortopedia e traumatologia PO Partinico / PO Ingrassia	3.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico: Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
		3.2	UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia: Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
4	Miglioramento dei livelli di attività	4.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico: Degenza Media (DM):	6	da 0 a 7 gg =100 8 a 12= 75% superiore a 13= 0		documentazione interna
		4.2	UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia Degenza Media (DM):	6	da 0 a 7 gg =100 8 a 12= 75% superiore a 13= 0		documentazione interna
		4.3	UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico Tasso di Occupazione (TO)	6	>=95%		documentazione interna
		4.4	UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia Tasso di Occupazione (TO)	6	>=95%		documentazione interna
		5.1	Progetto riabilitativo di assunzione posizione ortostatica e deambulazione assistita nelle 48h post operatorio fratture d'anca	10	entro 48 h = 100% da 48h a 60h =75% superiore 61h=0		documentazione interna

5	Miglioramento attività assistenziale	5.2	UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico: Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	3	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia: Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	3	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		5.4	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	6	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
6	Miglioramento organizzativo degenza	6.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	6	>=10%		documentazione interna
		6.2	<i>Monitoraggio delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitaria / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	6	>=90%		documentazione interna
		6.3	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	6	100 %		documentazione interna
		6.4	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	6	>=50%		documentazione interna
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico: Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	2,5	Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
		7.2	UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia: Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	2,5	Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	8.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5	Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

<b>Dipartimento Chirurgia</b> <b>UOC Chirurgia generale - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo (def)</b>							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	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.	3.1	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.	15	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
4	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	Monitoraggio della procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta per i pazienti degenti. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO.	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.3	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		5.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	7	>=10%		documentazione interna
		5.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	10	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna

5	Miglioramento organizzativo degenza	5.3	<i>Monitoraggio delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	10	>=90%		documentazione interna
		5.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	10	100 %		documentazione interna
		5.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	15	>=50%		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOSD Chirurgia generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	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.	3.1	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.	15	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
4	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	Monitoraggio della procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta per i pazienti degenti. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO.	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.3	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		5.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	7	>=10%		documentazione interna
		5.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	10	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna

5	Miglioramento organizzativo degenza	5.3	<i>Monitoraggio delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	10	>=90%		documentazione interna
		5.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	10	100 %		documentazione interna
		5.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	15	>=50%		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOSD Chirurgia generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	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.	3.1	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.	15	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
4	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	Monitoraggio della procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta per i pazienti degenti. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO.	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.3	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Miglioramento organizzativo degenza	5.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	7	>=10%		documentazione interna
		5.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	10	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	<i>Monitoraggio delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	10	>=90%		documentazione interna

		5.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	10	100 %		documentazione interna
		5.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	15	>=50%		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento Chirurgia - UOC Chirurgia generale - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	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.	3.1	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.	15	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
4	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	Monitoraggio della procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta per i pazienti degenti. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO.	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.3	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Miglioramento organizzativo degenza	5.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	7	>=10%		documentazione interna
		5.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	10	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	<i>Monitoraggio delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	10	>=90%		documentazione interna

		5.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	10	100 %		documentazione interna
		5.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	15	>=50%		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico UOC Chirurgia generale</b>							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	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.	3.1	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.	15	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
4	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	Monitoraggio della procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta per i pazienti degenti. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO.	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.3	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Miglioramento organizzativo degenza	5.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	7	>=10%		documentazione interna
		5.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	10	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	<i>Monitoraggio delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitario / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	10	>=90%		documentazione interna

		5.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	10	100 %		documentazione interna
		5.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	15	>=50%		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento Chirurgia - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Otorinolaringoiatria</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento dei livelli di attività	3.1	Incremento rispetto al 2022 del 5% attività di day service	10	>=5% N. DAY SERVICE 2022		documentazione interna
		3.2	Incremento rispetto al 2022 del 10% del numero di interventi in regime di ricovero ordinario	10	>=10% N. INTERVENTI IN RIC. ORD. 2022		documentazione interna
	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	10	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	10	Si (allegare relazione)		documentazione interna ed ospedalità pubblica
		4.3	Rispetto dei tempi di attesa massimi previsti dal legislatore per erogazione prestazioni ambulatoriali per prime visite ORL a priorità D e P	10	Rispetto tempistica prevista da D e P		documentazione interna ed ospedalità pubblica
5	Miglioramento organizzativo degenza	5.1	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	15	100 %		documentazione interna
		5.2	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza ordinaria entro le ore 12:</i> n. di dimissioni di degenza ordinaria entro le ore 12 / numero di dimissioni	15	>=50%		documentazione interna

6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	5	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico UOSD Urologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione interna
3	Miglioramento dell'attività assistenziale	3.1	Monitoraggio della procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta per i pazienti degenti. Le UOOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO.	15	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		3.2	Miglioramento della Dimissibilità dei pazienti che ricevono un intervento di prostatectomia-transuretrale	15	Dimissione entro 5gg=100% da 6gg a 8 gg=75% da 9gg a12=50% superiore a 12=0		documentazione interna
4	Miglioramento organizzativo degenza	4.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	12	>=10%		documentazione interna
		4.2	<i>Monitoraggio delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero richieste per dimissioni facilitate-protette alla UOC Integrazione Socio-Sanitaria / numero di richieste istruite dalla UOC Integrazione Socio-Sanitaria	12	>=90%		documentazione interna

7	Miglioramento organizzativo degenza	4.3	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	12	100%		documentazione interna
		4.4	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	12	>=30%		documentazione interna
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	6	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	6.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	6	Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione Dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione Dipartimento
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		applicativo aziendale
4	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	4.1	Revisione o aggiornamento regolamenti PAC aree interessate	15	Si (allegare documentazione)		documentazione Dipartimento
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	Si		documentazione Dipartimento
6	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	Bilancio e programmazione (UOC)	11	100%		scheda uoc
		6.2	Gestione del patrimonio (UOC)	11	100%		scheda uoc
		6.3	Progettazione e manutenzione (UOC)	11	100%		scheda uoc
		6.4	Approvvigionamenti (UOC)	11	100%		scheda uoc
		6.5	Gestione informatica aziendale (UOC)	11	100%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Bilancio e programmazione</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		applicativo aziendale
4	Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	4.1	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2023 secondo le direttive dell'Assessorato Regionale della Salute	10	Si (allegare report)		documentazione UOC
		4.2	Predisposizione del bilancio consuntivo 2022 entro la scadenza prevista dalla normativa regionale vigente	10	Si (allegare report)		documentazione UOC
5	Miglioramento delle procedure di registrazione delle fatture e dei mandati di pagamento del "Ciclo Passivo"	5.1	N. fatture emesse da Fornitori registrate e pagate nei tempi previsti dalla normativa / N. totale fatture liquidate dalle strutture ordinanti	5	≥ 95% al 100%, da 80 a 94 è 75%, se inferiore al 79% è 0.	range	documentazione UOC ed applicativo aziendale
6	Incremento incasso sui crediti	6.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2022	6	> = 10%		documentazione UOC ed applicativo aziendale
7	Contabilità separata per prestazioni per ALPI in regime di convenzione	7.1	richieste di emissione fatture pervenute di prestazioni in Convenzione/ fatture emesse	6	>= 80		documentazione UOC ed applicativo aziendale
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Dati trasmessi dalla UOC Legale = Dati presenti in Co.Ge. (Allineamento del Fondo Rischi alla CO.GE. - Azione PAC I4.4)	6	Si (allegare relazione)		documentazione UOC
		8.2	Creazione e movimentazione conti dedicati alle manutenzioni straordinarie (Mappare e capitalizzare le manutenzioni straordinarie - Azione PAC D6.1 - D6.3)	6	Si (allegare relazione)		documentazione UOC
		8.3	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. n.azioni posti in essere/ n. azioni suggerite	6	>= 80		documentazione UOC
9	Parificazione e/o verifica casse economali e casse ticket	9.1	Verifiche casse ticket ed economali nella misura di almeno il 50% nel corso dell'anno	10	Si (allegare report)		documentazione UOC
10	verifica utilizzo fondi PNRR	10.1	predisposizione di report sui pagamenti effettuati nei singoli progetti	10	≥ 50%		documentazione UOC
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Trasmissione alla UOS SIS dei modelli CE e SP, per l'inserimento nella piattaforma NSIS, entro le scadenze previste dalle normative vigenti.	10	Si (allegare report)		piattaforma informatica
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

<b>Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Progettazione e manutenzione</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici, come rappresentato nella mappatura dei processi, e alla selezione del personale individuato in qualità di DEC/RUP.	2	SI (Allegare relazione)		documentazione UOC
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Predisposizione e compilazione di apposita check-list elaborata sulla base degli indicatori di rischio per anti-riciclaggio ed anti-terrorismo dalla UIF.	2	SI (Allegare relazione)		documentazione UOC
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Trasmissione documentazione per gli oneri di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2	SI (Allegare relazione e Report)		documentazione UOC
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		applicativo aziendale
7	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	7.1	Riduzione del 20% del ricorso alle perizie di variante e/o all'alea contrattuale /quinto d'obbligo rispetto al num. dei contratti in essere.	5	Si (allegare report di confronto 2021-2022)		documentazione UOC
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.	8	Num. Azioni poste in essere/n. azioni suggerite		documentazione UOC
9	Lavori di adeguamento antincendio dei PP.OO Aziendali	9.1	Predisposizione di delibere aggiudicazione dei lavori di adeguamento antincendio di PP.OO dell'ASP	10	>=2		documentazione UOC
10	Piano di verifica della vulnerabilità sismica dei PP.OO Aziendali	10.1	Predisposizione di Delibera di approvazione definitiva del piano di verifica della vulnerabilità sismica	10	>=2		documentazione UOC

<b>Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Progettazione e manutenzione</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
11	Completamento progettazione definitiva realizzazione reparti di degenza e di terapia subintensiva al II piano del P.O. di Petralia	11.1	Delibera di approvazione del progetto definitivo di realizzazione reparti di degenza e di terapia subintensiva al II piano del P.O. di Petralia	10	100%		documentazione UOC
12	Aggiornamento Piano Triennale dei Lavori Pubblici	12.1	predisposizione proposta di delibera a fronte delle richieste pervenute dalle macrostrutture aziendali, da adottare entro il 31.12.2023	10	100%		documentazione UOC
13	Realizzazione di opere in c.a. nello specifico paratie, a sostegno del pendio layerale e di quello prospiciente l'ingresso, al centro Lega del Filo d'Oro di Termini Imerese.	13.1	Verbale di collaudo	6	100%		documentazione UOC
14	Evasione richieste di manutenzione ordinaria sugli immobili di competenza dell'asp di Palermo	14.1	Numero di interventi tecnici di manutenzione ordinaria richiesti/num. di interventi eseguiti	15	>=70%		documentazione UOC
15	Processi di ottimizzazione dei tempi di liquidazione fatture	15.1	Liquidazione fatture elettroniche relative agli ordini NSO esitate della UOC Progettazione e Manutenzioni (emessi a fronte delle relative delibere/determine adottate) da effettuarsi entro 55 giorni dal ricevimento delle stesse.	5	0 - 55 100% 56 - 60 75% 61 - 70 50% superiore a 71=0		documentazione UOC
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

<b>Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Approvvigionamenti</b>							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici, come rappresentato nella mappatura dei processi, e alla selezione del personale individuato in qualità di DEC/RUP.	2	SI (Allegare relazione)		documentazione UOC
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Predisposizione e compilazione di apposita check-list elaborata sulla base degli indicatori di rischio per anti-riciclaggio ed anti-terrorismo dalla UIF.	2	SI (Allegare relazione)		documentazione UOC
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2	SI (Allegare relazione e Report)		documentazione UOC
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		applicativo aziendale
7	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	7.1	Affidamento forniture di beni e servizi sotto soglia da concludere in caso di affidamento diretto: entro 35 giorni dalla ricezione della richiesta debitamente compilata e completa di tutti i dati necessari alla data della Proposta di Determina/Delibera a cura dell'articolazione aziendale richiedente.	5	0 - 40gg 100% 41 - 60gg 75% 61 - 100gg 50% sup. 100gg =0		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.2	Affidamento forniture di beni e servizi sotto soglia da concludere in caso di RDO: entro 70 giorni dalla ricezione della richiesta debitamente compilata e completa di tutti i dati necessari a cura dell'articolazione aziendale richiedente.	5	0-75 100% 76-90 75% 91-120 50% sup. 120=0		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.3	Riduzione delle procedure di acquisto in urgenza rispetto al 2022 che derivano da un difetto di programmazione rispetto al vigente Piano biennale degli acquisti dovuto ad esigenze non programmabili ed impreviste e previa autorizzazione da parte della Direzione Strategica per le dovute modifiche al Piano	5	riduzione del 5% (allegare report di confronto 2022-2023)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.4	Gestione n. di contratti (testata e codice interno) mediante caricamento sul sistema informativo amministrativo-contabile / n. di contratti Stipulati	10	>= 90%		documentazione UOC e piattaforma informatica
8	Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"	8.1	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale in riferimento al numero di ordini NSO di pertinenza della UOC emessi a fronte delle relative delibere/determine adottate. N. ordini effettuati tramite piattaforma NSO/ N. Ordini totali effettuati	10	>= 90%		documentazione UOC e piattaforma informatica

**Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali:  
UOC Approvvigionamenti**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	Definizione del PIANO degli INVESTIMENTI biennale a scorrimento annuale , secondo i Pac vigenti con adozione relativa delibera entro il mese di ottobre.	10	Si (allegare delibera adozione Piano)		
		9.2	Intervallo temporale tra la data dell'operazione di cassa e quella della relativa registrazione a sistema (registrazione tempestiva delle operazioni di cassa sul software aziendale - azione PaC G.1.2, G 1.4)	10	media intervallo temporale < 5 gg per il 100% operazioni di cassa (allegare Report)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		9.3	Sensibilizzare le strutture organizzative alla gestione delle richieste d'acquisto, anche "urgenti", solo tramite protocollo informatico e su modulistica predisposta dalla Direzione Sanitaria, mediante circolare applicativa a tutte le articolazioni aziendali	4	Si (allegare evidenza documentale)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		9.4	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. (n. azioni correttive poste in essere/ n. azioni indicate)	5	>= 80% (allegare relazione)		documentazione UOC e piattaforma informatica
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, dei Flussi ministeriali e dei Flussi Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità definita dalla normativa vigente - D.A. 30/05/2008 - e trasmissione degli stessi alla UOS Sis nel rispetto delle tempistiche indicate nei decreti assessoriali vigenti	10	Si (allegare report e relazione )		documentazione UOC e piattaforma informatica
11	Processi di ottimizzazione dei tempi di liquidazione fatture	11.1	Liquidazione fatture elettroniche relative agli ordini NSO esitate della UOC Approvvigionamenti (emessi a fronte delle relative delibere/determine adottate) da effettuarsi entro 55 giorni dal ricevimento delle stesse.	5	0 - 55 100% 56 - 60 75% 61 - 70 50% superiore a 71=0		documentazione UOC e piattaforma informatica
				<b>100</b>			

**Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali:  
UOC Gestione del patrimonio**

<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		applicativo aziendale
4	Regolarizzazione catastale degli immobili	4.1	Regolarizzazione catastale degli immobili di cui agli elenchi "A1 e "C1`	25	Si (allegare relazione e report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale

**Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali:  
UOC Gestione del patrimonio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Avvio attività di ricognizione dei cespiti aziendali ai fini dell'implementazione del libro cespiti informatizzato in collaborazione con la Società Municipia Spa. (Azioni PAC D5.1 - D5.3)	25	Si (allegare relazione e report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		5.2	Numero strutture che hanno ricevuto la strumentazione funzionale alla corretta etichettatura dei beni/Numero strutture aziendali (Garantire la corretta etichettatura dei beni - Azione PAC D1.1)	5	≥ 80%		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		5.3	Attività di ricognizione semestrale per aggiornamento inventario beni aziendali c/o terzi per l'aggiornamento del libro cespiti (Aggiornamento dell'inventario dei beni aziendali c/o terzi - Azioni PAC D2.1 - D2.2- D2.3)	25	2/2		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		5.4	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. n.azioni correttive poste in essere/ n. azioni indicate in sede di audit	5	≥ 80%		documentazione UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

**Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali:  
UOC Gestione informatica aziendale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Digitalizzazione dell'attività di rilevazione, attuazione di misure programmate, valutazione del rischio e relative attività di monitoraggio (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023) (UOC Gestione Informatica aziendale)	2.1	Avvio del sistema di digitalizzazione mediante la creazione di fascicoli elettronici relativi alla gestione degli esiti dei monitoraggi delle misure della prevenzione e corruzione previste dal vigente PTPCT.	15	SI (Allegare relazione e Report)		documentazione UOC
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
4	Informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023) (UOC Gestione Informatica aziendale)	4.1	Avvio delle procedure finalizzate al caricamento diretto delle informazioni nella sezione amministrazione trasparente da parte delle strutture indicate al vigente PTPCT.	15	SI (Allegare relazione e Report)		documentazione UOC
5	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) (UOC Gestione Informatica aziendale)	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)	10	≥ 10%		piattaforma informatica
6	PNRR - Investimento M6 C2 1.1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	6.1	% dei progetti di PNRR avviati legati alla digitalizzazione dei Dea di 1 livello	50	>=20%		documentazione UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Dipartimento della Salute della Famiglia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione dipartimento
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1		documentazione dipartimento
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1): Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina	4.1	Raggiungimento dei sub-obiettivi indicati nella scheda SCR allegata	12	100%		Vedi scheda S.C.R.
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	SI (allegare relazione)		Documenti Dipartimentali
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	4	≤15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		Documenti Dipartimentali
		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	4	≥60%		Documenti Dipartimentali
		6.3	Aggiornamento delle procedure di intervento adottate dalla UOSD Affidamento, Adozioni e Genitorialità	4	SI (allegare relazione)		Documenti Dipartimentali
		6.4	Numero colloqui effettuati su richiesta degli enti accreditati alla UOS genitorialità / Numero totale colloqui richiesti dagli enti accreditati	4	≥90%		Documenti Dipartimentali
7	Fisiopatologia della riproduzione	7.1	N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio	3	≥ 90%		Registro di Reparto
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun progresso cesareo)	8.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun progresso cesareo	5	SI (allegare relazione)		SDO
9	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)	9.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: 4.1) Punti nascita: Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist 4.2.1) Nel 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) Nel 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%	4	SI (allegare report e relazione)		SDO, e CEDAP
10	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)	10.1	Soddisfacciamento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 128 (Presenza di una o più iniziative per informare i cittadini sulla conservazione e sulla donazione delle staminali emopoietiche del sangue nei puntinascita e nelle reti territoriali aziendali)	4	SI (allegare relazione)		Calendario Iniziative e Relazioni
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari aziendali e regionale nazionali	5	SI (allegare report)		Documenti Dipartimentali
12	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	12.1	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".	12	SI (allegare relazione)		verifiche internal audit
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	3	SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	14.1	UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia	3	100%		vedi scheda struttura
		14.2	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cirmino di Termini Imerese - DO PA2	3	100%		vedi scheda struttura
		14.3	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.F. Ingrassia - DO PA3	3	100%		vedi scheda struttura
		14.4	UOC Pediatria - P.O. S. Cirmino di Termini Imerese - DO PA2 (compreso la UOSD Pediatria di Partinico e la UOS di Corleone)	3	100%		vedi scheda struttura
		14.5	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	3	100%		vedi scheda struttura
		14.6	UOSD Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico (compresa la UOS Ginecologia e Ostetricia P.O. Dei Biachi -Corleone)	3	100%		vedi scheda struttura
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Dipartimento della Salute della Famiglia  
UOSD SCREENING CERVICARCINOMA**

N. Sub-OBTV	Sub-OBIETTIVO	N. Sub-IND.	Sub-INDICATORE	% sul PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Estensione screening del cervico carcinoma	1.1	N. di soggetti invitati / popolazione target anno	40	100%		Software gestionale
2	Adesione screening del cervico carcinoma	2.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5	>=50%		Software gestionale
		2.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	5	>=3% 2022		Centro Gestionale Screening
3	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	3.1	Compilazione survey entro 15 giorni la scadenza indicata dal serv.1/DASOE	10	Si (allegare relazione)		Dati serv.1/DASOE
4	Tempestica invio prelievo	4.1	N. prelievi per HPV-DNA e/o Pap test inviati ad Anatomia patologica entro 1 settimana / N. prelievi effettuati	10	>=85%		Software gestionale
5	Tasso di adesione alla colposcopia	5.1	N. utenti con test positivo che hanno aderito alla colposcopia / N. utenti con test positivo da inviare in colposcopia	10	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		Software gestionale
6	Tempestica della colposcopia	6.1	N. utenti con test positivo che effettuano colposcopia entro 4-8 settimane( ovverosia entro i tempi indicati dalla norma) dall'evidenza del test positivo / N. utenti con test positivo	5	>=80%		Software gestionale
7	Miglioramento dell'accessibilità per l'attività di screening	7.1	Numero partecipazioni a eventi di prevenzione oncologica/numero eventi /sessioni previsti	5	>=60%		Calendario Eventi Direzione Generale
8	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening del tumore della cervice uterina	8.1	Aggiornamento del PDTA per lo Screening del cervicocarcinoma	10	Si (allegare documento)		Documentazione agli atti di ufficio
				<b>100</b>			

**Dipartimento della Salute della Famiglia:  
UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia**

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
3	Organizzazione di Corsi di accompagnamento alla nascita	3.1	N. di Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita attivati secondo linee di indirizzo	10	>=5		Calendario Incontri
4	Promozione di vaccinazioni in gravidanza	4.1	N. di gravide su cui si effettua attività di promozione delle vaccinazioni anti-influenzale e anti-pertosse anche attraverso la consegna di opuscolo /N. di gravide prese in carico	15	>=50%		Schede Gravidanza
5	Percorso nascita	5.1	N. ecografie di screening primo trimestre effettuate / N. ecografie di screening primo trimestre richieste dai Consulenti familiari	15	>=80%		Report di Reparto
6	Area psicologica : 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	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		Schede di Reparto
		6.2	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	>=60%		Schede di Reparto
7	Area sociale: rilevazione violenza di genere	7.1	N. colloqui sociali in accoglienza effettuati presso i CCFF con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. colloqui sociali in accoglienza effettuati	10	>=70%		Report di Reparto
		7.2	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata presso i CCFF da parte dell' assistente sociale con successivo approfondimento di II livello mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dell'assistente	10	>=70%		Report di Reparto
8	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1):Screening oncologico relativo al tumore del colon retto e mammella	8.1	N. utenti informati 50-64 anni circa gli screening oncologici relativi alla mammella e colon retto / N. utenti 50-64 anni aderenti al programma di screening cervico-carcinoma con HPV-DNA test	5	>=50%		Report di Reparto
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari aziendali, regionali e nazionali	5	Si (allegare report)		Report di Reparto
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

**Dipartimento della Salute della Famiglia:  
UOC Ginecologia e Ostetricia - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
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)		documentazione struttura
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 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%		Format Assessoriale di Caricamento Dati
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	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		SDO
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	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)	10	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		SDO e CEDAP
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	10	<=95%		Fonti Aziendali
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari aziendali, regionali e nazionali	15	Sì (allegare report)		documentazione struttura
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
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)		documentazione Interna
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	100%		Format Assessorato Caricamento Dati
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	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		SDO
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	10	<=105%		Fonti Aziendali
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	Si (allegare report)		documentazione Interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Pediatria - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese</b>							
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5	100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5	100%		documentazione UOC
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)		documentazione struttura
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	100%		Format Assessorato Caricamento Dati
5	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)	5.1	Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO)	10	< 8%		<b>SDO</b>
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	15	<=105%		<b>Fonte Aziendali</b>
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari aziendali regionali e nazionali	15	Sì (allegare report)		documentazione Interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

**Dipartimento della Salute della Famiglia:  
UOC Neonatologia - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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	35	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)		documentazione UOC
4	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)	4.1	Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	25	0/56 0%	< 5%		SDO e Report di Reparto
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	N. richieste di prestazioni ambulatoriali prenatali, perinatali e postnatali evase/N. richieste di prestazioni ambulatoriali prenatali, perinatali e postnatali pervenute	25		>=20% anno precedente		Registri di Reparto, Ricette SSN
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari aziendali regionali e nazionali	5	SI	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		Documentazione struttura
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Dipartimento della Salute della Famiglia:  
UOSD Ginecologia e Ostetricia - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione Interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione Interna
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		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale)		documentazione Interna
4	Attivazione procedura di assistenza di IVG (interruzione volontaria di gravidanza ) farmacologica (linnee di indirizzo Ministero Salute)	4.1	Definizione , adozione ed applicazione dell'istruzione operativa assistenziale e terapeutica di interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico	20		Si (allegare relazione)		<b>Registro delle Istruzioni Operative del Dipartimento</b>
5	Stratificazione del rischio nella gravida a termine di gestazione	5.1	Adozione e compilazione all'atto della presa in carico della paziente gravida di una specifica "Check list di accettazione e valutazione del rischio per la paziente a termine " (da includere in cartella clinica) che consenta una eventuale individuazione preventiva del rischio ostetrico, secondo la relativa istruzione opearativa Dipartimentale	20		≥50%		<b>Registro delle Istruzioni Operative del Dipartimento</b>
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	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo x 100	10		≤15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		<b>SDO</b>
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari aziendali regionali e nazionali	15		Si (allegare report)		<b>documentazione Interna</b>
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				