



Piano triennale della performance 2022-2024

allegato alla deliberazione n. 93 del 31/01/2022

Presentazione del Piano

Il Piano Triennale 2022-2024 della Performance dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo presenta l'organizzazione e la mappa degli obiettivi dell'ASP alla luce delle sue specificità istituzionali.

Il Piano in sé costituisce uno strumento organizzativo-gestionale che sistematizza missione, obiettivi strategici ed obiettivi operativi dell'Azienda.

Il Piano Triennale della Performance è lo strumento per valutare le prestazioni dell'Azienda ed è redatto in attuazione di quanto previsto dall'articolo 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., in conformità con le "Linee guida per il Piano della performance – Ministeri" n.1 di giugno 2017, predisposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica, che tengono conto delle modifiche apportate al quadro normativo dal recente D.Lgs. n.74 del 25/05/2017, anche al fine di migliorare la trasparenza dell'attività dell'Azienda, garantendo un'interpretazione più efficace dei "processi produttivi", in relazione all'esigenza di pianificare, misurare e valutare, sistematicamente e organicamente, il collegamento tra risorse e obiettivi, per mantenere e incrementare il livello quali-quantitativo delle prestazioni e dei servizi erogati dall'Azienda Sanitaria.

Quindi il Piano della Performance è il documento programmatico triennale che individua gli obiettivi specifici e gli obiettivi operativi e definisce i correlati indicatori e target per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Il presente Piano aggiorna, come di norma, per il triennio 2021-2023 il precedente piano 2020-2022.

Il Piano costituisce parte integrante del ciclo di gestione della performance (fase di programmazione), con la finalità di:

- a) supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico);*
- b) migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;*
- c) comunicare anche all'esterno (accountability) ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.*

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

Rispetto agli anni precedenti questo Piano non può non fare conto della anomala situazione che si è venuta a creare nei primi mesi dell'anno 2020 con l'inizio della pandemia per Covid 19 ed è proseguita per tutto l'anno 2021.. La pandemia, infatti, ha "stravolto" tutta l'Organizzazione e tutte le esigenze primarie di salute della popolazione.

Eventuali revisioni del presente documento potranno rendersi necessarie a seguito di modifica di norme e/o adeguamenti rispetto alla programmazione nazionale, regionale, aziendale.

INDICE

➤ SEZIONE 1 – LA PRESENTAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1. IDENTITÀ	4
1.2. MISSIONE E PRINCIPALI ATTIVITA'	4
1.3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI PALERMO	7
1.3.1. - <i>La Struttura organizzativa</i>	7
1.3.2. - <i>Le risorse umane</i>	11
1.3.3. - <i>Le risorse finanziarie</i>	12
➤ SEZIONE 2 – LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE	14
2.1. QUADRO DI RIFERIMENTO	14
➤ <i>Quadro delle dinamiche nel contesto esterno ed interno</i>	14
⇒ ✓ <i>Dinamiche delle principali variabili riferite ai settori di intervento dell'Amministrazione</i>	14
2.1.1. - <i>Popolazione residente nel territorio dell'ASP</i>	14
2.1.2. - <i>Elementi socio-economici ed epidemiologici di riferimento</i>	15
2.1.3. - <i>Analisi del contesto interno</i>	15
⇒ ✓ <i>Riconfigurazioni organizzative in atto e modifiche nelle competenze e nelle funzioni attribuite</i>	17
2.1.4. - <i>Atto Aziendale e dotazione organica</i>	17
➤ <i>Quadro delle priorità politiche</i>	19
2.1.5. - <i>Atto di indirizzo del Ministro della Salute</i>	19
2.1.6. - <i>Il Sistema obiettivi dei Direttori Generali della Aziende Sanitarie</i>	20
2.1.7. - <i>Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile - POLA</i>	21
2.2. GLI OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI	22
➤ SEZIONE 3 – LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE	32
3.1. DAGLI OBIETTIVI SPECIFICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI DI BUDGET.....	32
3.1.1. - <i>Obiettivi in collegamento con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</i>	37
3.1.2. - <i>Obiettivi relativi alla Customer satisfaction</i>	40
3.1.3. - <i>Pari opportunità e benessere organizzativo</i>	40
3.1.4. - <i>Obiettivi relativi alla valutazione partecipativa</i>	43
3.1.5. - <i>Obiettivi relativi all'Empowerment del paziente</i>	43
3.1.6. - <i>Obiettivi dell'Area Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro</i>	44
3.1.7. - <i>Obiettivi dell'Area Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPIA</i>	45
3.1.8. - <i>Obiettivi dell'Area Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale</i>	47
3.1.9. - <i>Obiettivi dell'Area Integrazione socio-sanitaria</i>	49
3.1.10. - <i>Obiettivi dell'Area Assistenza Ospedaliera</i>	49
3.2. L'ALBERO DELLA PERFORMANCE	51
➤ SEZIONE 4 – DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	52
4.1. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	52
4.2. IL PERCORSO DI TRADUZIONE DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALL'INDIVIDUALE	53

ALLEGATI

Allegato 1 - Le schede di valutazione individuale

**Allegato 2 - Obiettivi di Salute e di Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019-2020”
(documento dell’Assessorato Regionale della Salute)**

**Allegato 3 - Obiettivi Contrattuali di Salute e di Funzionamento 2019-2020 e Obiettivi Contrattuali
Generali 2019-2021 e matrice di assegnazione (documento aziendale di assegnazione degli
obiettivi alle strutture aziendali)**

Allegato 4 - Scheda degli obiettivi specifici triennali

Allegato 5 - Gli obiettivi operativi e le schede di budget anno 2022

➤ SEZIONE 1 – LA PRESENTAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1. Identità

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

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

Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale, Dr.ssa Daniela Faraoni, supportata da un Direttore Sanitario ed un Direttore Amministrativo.

L'Azienda vanta una notevole estensione territoriale di circa 5.000 Km² suddivisi in 82 Comuni della provincia di Palermo oltre le isole di Lampedusa e Linosa, che fanno parte territorialmente della provincia di Agrigento, per una popolazione complessiva di n. 1.214.291, a cui si aggiungono i 6.373 abitanti del comune di Lampedusa e Linosa per un totale di 1.220.664, residenti al 01/01/2021, secondo i dati pubblicati dall'ISTAT.

1.2. Missione e principali attività

Il mandato istituzionale dell'ASP è quello di tutelare e promuovere la salute dei cittadini ponendoli al “centro” della sua missione, attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, assicurando alla popolazione del proprio territorio l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali ed appropriate (Livelli Essenziali di Assistenza), lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi delle persone, l'equità delle prestazioni, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

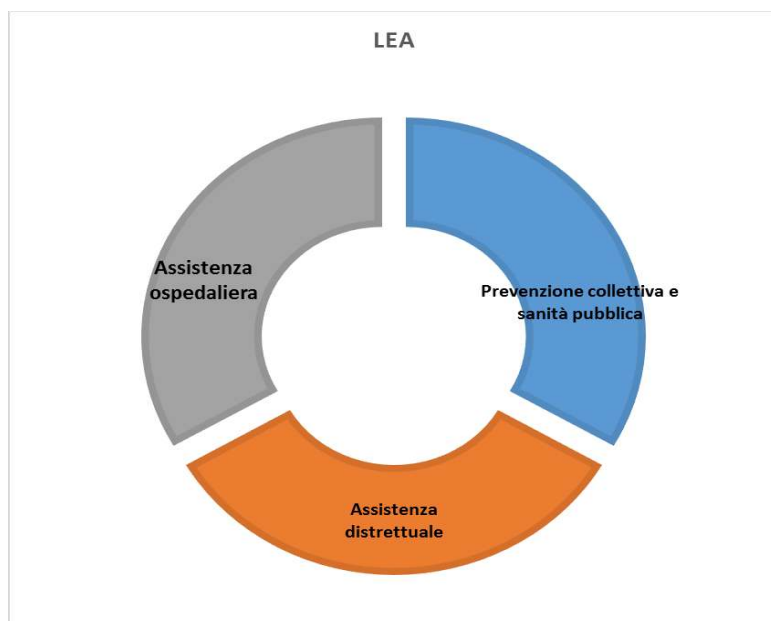
L'Azienda rappresenta così il punto di riferimento, la guida per garantire la salvaguardia della salute delle persone approntando direttamente servizi e prestazioni o acquisendo le prestazioni dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate, dando la dovuta importanza alle problematiche dei soggetti fragili e cronici; garantisce la prevenzione, la riabilitazione e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro promuovendo la salute dei lavoratori; garantisce altresì equità, solidarietà, riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute, anche attraverso percorsi che limitino il ricorso inappropriato alla ospedalizzazione sviluppando la territorializzazione diffusa degli altri servizi e dei meccanismi che tendono, laddove possibile, alla domiciliarizzazione delle cure, alla facilitazione e allo snellimento dell' “accesso amministrativo” alle prestazioni, anche mediante servizi informatizzati come ad

esempio il “CUP” (Centro Unificato Prenotazioni) e lo “Sportello Online” (Servizio Richiesta di Prenotazione Online, Referti Online, Esenzione per Reddito Online, Cambio Medico Online, SmarTurno).

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

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

- rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale. Questi fondamentali valori sono stati “accentuati” a partire dai primi mesi del 2020, quando a causa del Covid 19, si tendeva a far perdere dignità al paziente affetto dal virus ;
- centralità del valore della salute ed orientamento ai bisogni del paziente-utente sulla base dell’analisi epidemiologica finalizzata alla redazione di atti di programmazione quanto più aderenti alle reali necessità degli utenti del territorio di competenza;
- sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- garanzia della coerenza, qualità, continuità, integrazione, compatibilità etica ed economica nell’erogazione dei servizi;
- promozione di modelli organizzativi incentrati su criteri di appropriatezza clinica e organizzativa;
- gestione integrata di attività socio-sanitarie attraverso reti di servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di patologie croniche;
- flessibilità organizzativa in relazione a bisogni espressi dalla comunità del territorio di riferimento;
- sviluppo di interventi e programmi per la riduzione del rischio clinico;
- promozione permanente di attività di formazione e di ricerca, integrate con gli interventi per la promozione della salute, indispensabili per garantire la costante innovazione del sistema.



<p>Prevenzione collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli; in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; • tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; • sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; • salute animale e igiene urbana veterinaria; • sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori; • sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; • attività medico legali per finalità pubbliche. 	<p>Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistenza sanitaria di base e continuità assistenziale; • emergenza sanitaria territoriale; • assistenza farmaceutica; • assistenza integrativa; • assistenza specialistica ambulatoriale; • assistenza protesica; • assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale; • assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale • consultori familiari • cure palliative • servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile e dipendenze 	<p>Assistenza ospedaliera, articolata nelle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pronto soccorso; • ricovero ordinario per acuti; • day surgery; • day hospital; • riabilitazione e lungodegenza post acuzie; • attività trasfusionali.
---	---	---

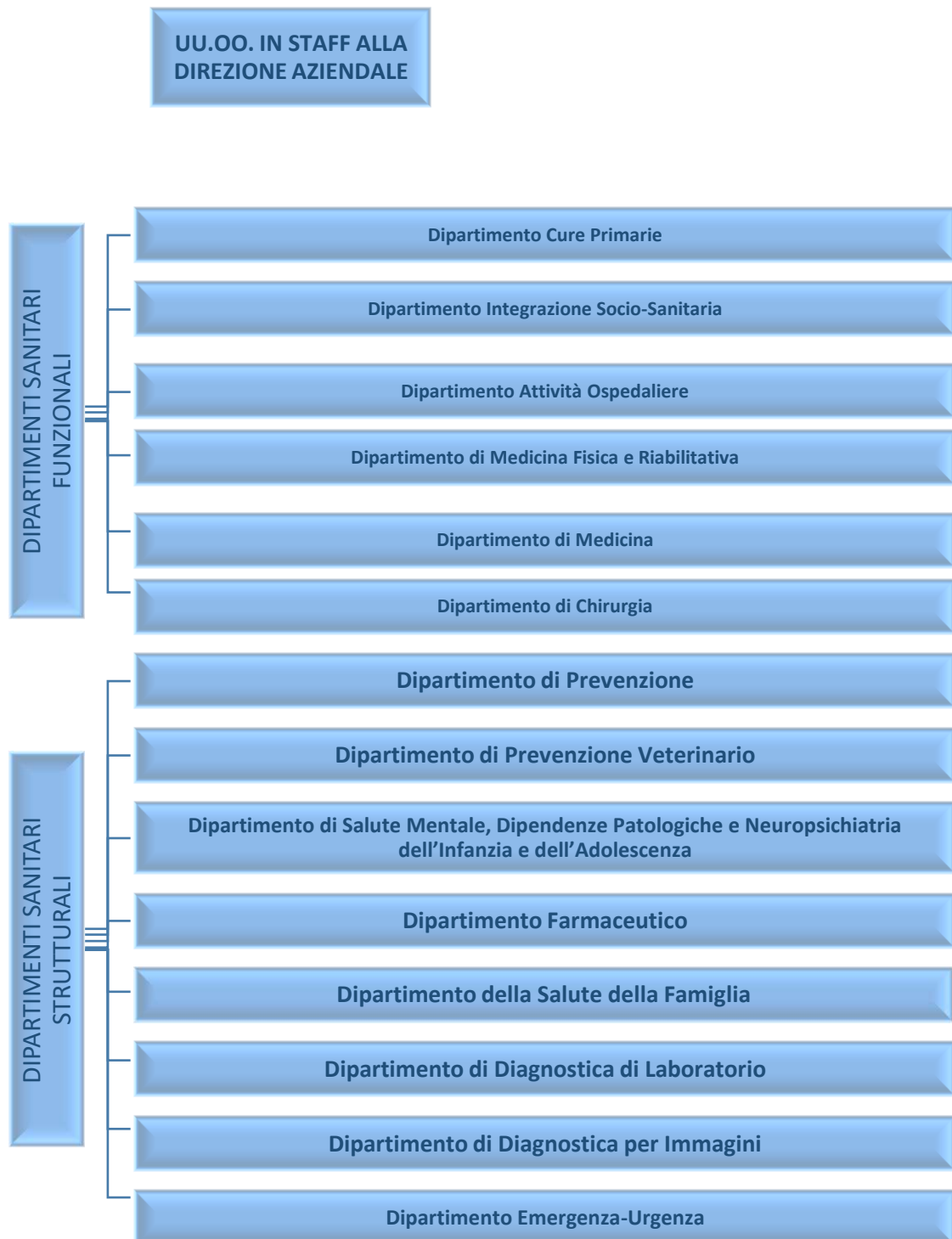
1.3. L'organizzazione e le risorse dell'ASP di Palermo

1.3.1. - La Struttura organizzativa

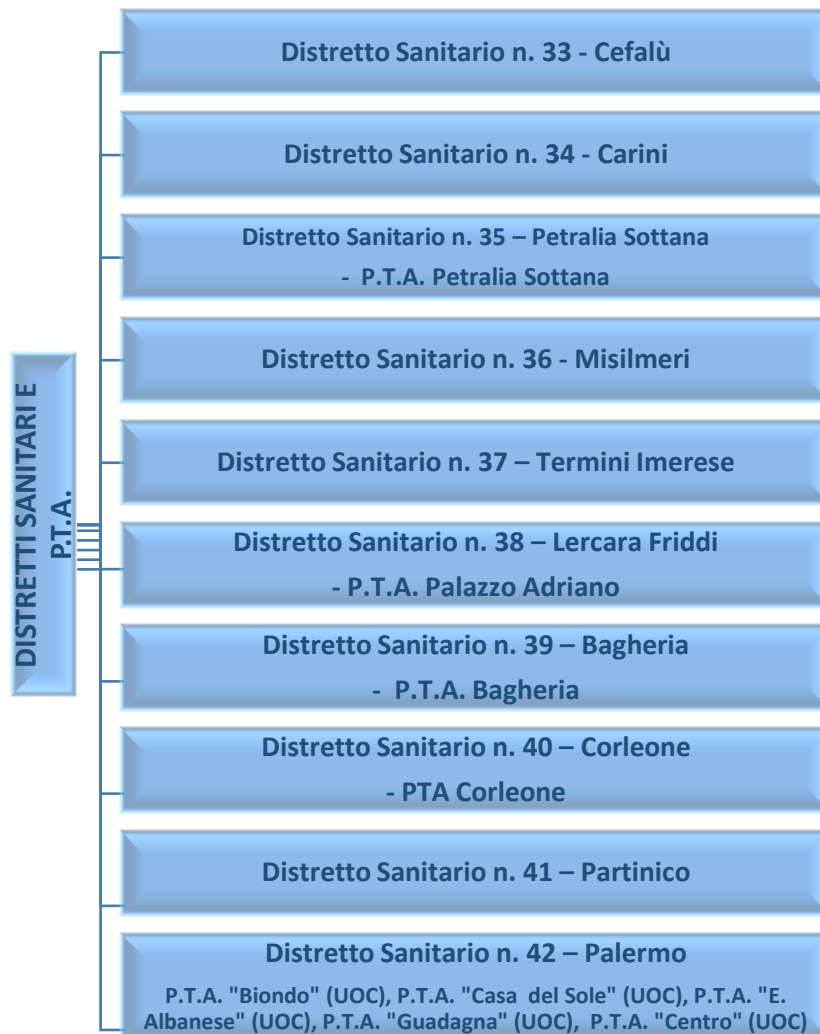
L'organizzazione dell'ASP è assicurata da numerose "macrostrutture" direttamente gestite, rappresentate dai Dipartimenti, dai Distretti Sanitari e dai Distretti Ospedalieri articolati in Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici. L'organizzazione prevede macrostrutture sia territoriali che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



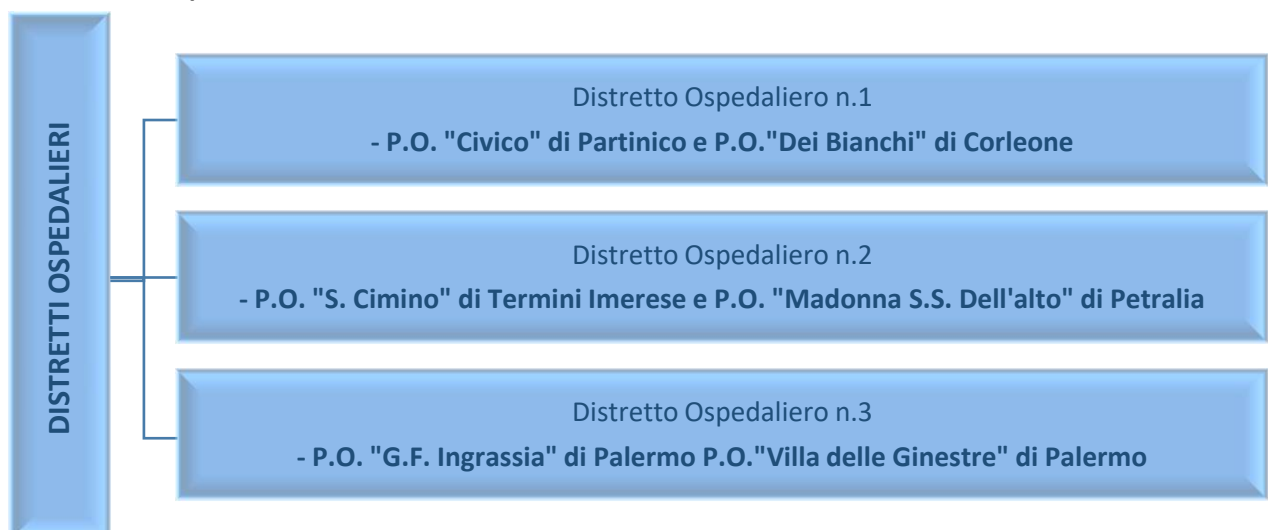
Lo Staff e i Dipartimenti sanitari (Macrostruttura)



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



La rete ospedaliera: I Distretti Ospedalieri (Macrostruttura)



I Dipartimenti Amministrativi (Macrostruttura)



L'Organizzazione Aziendale è descritta dettagliatamente sul sito aziendale - "Amministrazione Trasparente", consultabile attraverso il seguente *link*:

<http://www.asppalermo.org/auslinforma-dettaglio.asp?ID=71>

1.3.2. - Le risorse umane

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

Con l'arrivo della pandemia per Covid 19 si è confermata la già conosciuta necessità di adeguate risorse sia economiche che umane. Si è evidenziata inevitabilmente una carenza di personale sanitario vista la crescente domanda di assistenza in tutta l'organizzazione aziendale, ospedaliera e territoriale.

L'ASP dispone di risorse umane che hanno ruoli e profili professionali diversi: ruolo sanitario, amministrativo, tecnico e professionali distinti in dirigenza e comparto. Complessivamente il personale al 01/01/2022 è di **3.791** unità a tempo indeterminato e **1.103** a tempo determinato, distribuito per aree nei diversi ruoli: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo come segue:

PERSONALE DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO al 01/01/2022				
RUOLO	Fascia	Area	N. tempo indeterminato	N. tempo determinato
Amministrativo	Comparto		523	98
	Dirigenza		25	3
Professionale	Comparto			2
	Dirigenza		8	10
Sanitario	Comparto		1.437	323
	Dirigenza	Medica	879	246
		Non medica	145	73
Tecnico	Comparto		758	348
	Dirigenza		16	
		Totale	3.791	1.103
	Comparto		2.718	771
	Dirigenza	Medica	879	246
		SPTA	194	86
		Totale	3.791	1.103

Maggiore dettaglio della dotazione del personale aziendale può essere visualizzato sul sito web dell'ASP Palermo alla sezione "Amministrazione Trasparente" attraverso il seguente *link* :

<http://www.asppalermo.org/auslinforma-dettaglio.asp?ID=69>

1.3.3. - Le risorse finanziarie

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

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

Si evidenziano di seguito le voci del bilancio preventivo 2021 riportate nello schema ministeriale ex DM 11/02/2002 (modello CE).

<i>BILANCIO PREVENTIVO 2020 - Schema ministeriale ex DM 11/2/2002 (Valori in migliaia di Euro)</i>	
	Preventivo 2021
A Valore della Produzione	
A1 <i>Contributi in c/esercizio</i>	1.867.337
A2 <i>Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti</i>	0
<i>Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti</i>	26.437
A4 <i>Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</i>	58.558
A5 <i>Concorsi, recuperi e rimborsi</i>	145.001
A6 <i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)</i>	1.930
A7 <i>Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio</i>	14.882
A8 <i>Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni</i>	0
A9 <i>Altri ricavi e proventi</i>	106
Totale (A)	2.114.251
B Costi della Produzione	
B1 <i>Acquisti di beni</i>	257.092
B2 <i>Acquisti di servizi</i>	1.607.329
B3 <i>Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</i>	11.239
B4 <i>Godimento di beni di terzi</i>	3.394
<i>Personale</i>	286.510
B5 <i>Personale del ruolo sanitario</i>	222.289
B6 <i>Personale del ruolo professionale</i>	1.335
B7 <i>Personale del ruolo tecnico</i>	33.769
B8 <i>Personale del ruolo amministrativo</i>	29.117
B9 <i>Oneri diversi di gestione</i>	2.776
B10 <i>Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali</i>	99
B11 <i>Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali</i>	14.963
B12 <i>Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti</i>	0
B13 <i>Variazione delle rimanenze</i>	0
B14 <i>Accantonamenti dell'esercizio</i>	14.269
Totale (B)	2.197.671
C Proventi ed altri oneri finanziari	
C1 <i>Interessi attivi</i>	0
C2 <i>Altri proventi</i>	0
C3 <i>Interessi passivi</i>	0
C4 <i>Altri oneri</i>	0
Totale (C)	0
D rettifiche di valore di attività finanziarie	

D1	<i>Rivalutazioni</i>	0
D2	<i>Svalutazioni</i>	0
	<i>Totale (D)</i>	0
E	proventi e oneri straordinari	
E1	<i>Proventi straordinari</i>	0
E2	<i>Oneri straordinari</i>	0
	<i>Totale (E)</i>	0
	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-83.420
Y	Totale imposte e tasse (Y)	
Y1	<i>IRAP</i>	23.282
Y2	<i>IRES</i>	1.639
Y3	<i>Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)</i>	0
	<i>Totale (Y)</i>	24.921
	Risultato D'esercizio: Utile o (Perdita)	-108.341

Per maggiori dettagli è possibile consultare sul sito aziendale – “Amministrazione Trasparente” il seguente link: <http://www.asppalermo.org/pagina.asp?ID=184>

➤ SEZIONE 2 – LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE

2.1. Quadro di riferimento

➤ Quadro delle dinamiche nel contesto esterno ed interno

⇒ ✓ **Dinamiche delle principali variabili riferite ai settori di intervento dell'Amministrazione**

2.1.1. - Popolazione residente nel territorio dell'ASP

La popolazione residente che fa capo all'ASP di Palermo è complessivamente pari a 1.215.156 (dato Istat al 01/01/2021) di cui 6.337 residenti nelle isole Pelagie di Lampedusa e Linosa e la rimanente parte, pari a 1.208.819 è tutta la popolazione residente a Palermo e Provincia, distribuita in 82 Comuni e 10 Distretti Sanitari.

- **Distribuzione della Popolazione residente al 01.01.2021 per Comuni/Distretti (FONTE: DATI ISTAT)**

DISTRETTO SANITARIO	LOCALITÀ AFFERENTI	N. ABITANTI
33 CEFALÙ	CAMPOFELICE DI ROCCELLA, CASTELBUONO, CEFALÙ, COLLESANO, GRATTERI, ISNELLO, LASCARI, POLLINA, SAN MAURO CASTELVERDE	43.569
34 CARINI	CAPACI, CARINI, CINISI, ISOLA DELLE FEMMINE, TERRASINI, TORRETTA	85.197
35 PETRALIA	CASTELLANA SICULA, PETRALIA SOPRANA E SOTTANA, GANGI, GERACI SICULO, ALIMENA, BLUFI, BOMPIETRO, POLIZZI GENEROSA	23.698
36 MISILMERI	BAUCINA, BOLOGNETTA, CAMPOFELICE DI FITALIA, CEFALÀ DIANA, CIMINNA, GODRANO, MARINEO, MEZZOJUSO, MISILMERI, VENTIMIGLIA DI SICILIA, VILLAFRATI	54.480
37 TERMINI IMERESE	ALIMINUSA, CACCAMO, CALTAVUTURO, CERDA, MONTEMAGGIORE BELSITO, SCIARA, SCILLATO, SCLAFANI BAGNI, TERMINI IMERESE, TRABIA	59.623
38 LERCARA FRIDDI	ALIA, CASTRONOVO DI SICILIA, LERCARA FRIDDI, PALAZZO ADRIANO, PRIZZI, ROCCAPALUMBA, VALLEDOLMO, VICARI	26.873
39 BAGHERIA	ALTAVILLA MILICIA, BAGHERIA, CASTELDACCIA, FICARAZZI, SANTA FLAVIA	96.565
40 CORLEONE	BISACQUINO, CAMPOFIORITO, CHIUSA SCLAFANI, CONTESSA ENTELLINA, CORLEONE, GIULIANA, ROCCAMENA	23.229
41 PARTINICO	BALESTRATE, BORGETTO, CAMPOREALE, GIARDINELLO, MONTELEPRE, PARTINICO, SAN CIPIRRELLO, SAN GIUSEPPE JATO	68.248
42 PALERMO	PALERMO, ALTOFONTE, BELMONTE MEZZAGNO, MONREALE, PIANA DEGLI ALBANESI, SANTA CRISTINA GELA, TRAPPETO, USTICA, VILLABATE, LINOSA E LAMPEDUSA	733.674

2.1.2. - Elementi socio-economici ed epidemiologici di riferimento

Diversi fattori ma soprattutto, come ormai è evidente da anni, la disoccupazione e l'invecchiamento della popolazione, si intrecciano inevitabilmente con i bisogni di salute e con la richiesta di servizi socio-sanitari in una logica di integrazione tra Ospedale e Territorio e fra i diversi servizi territoriali.

Questa già precaria situazione si è aggravata ovviamente, come è successo in tutta Italia, con l'imprevista ed imprevedibile pandemia da Covid 19. Si sono così accentuate le criticità per una situazione già non facile dal punto di vista sociale ed economico. Sono diminuiti i servizi gratuiti dati ai cittadini in termini di prevenzione e riabilitazione; si è dovuto dare necessariamente priorità alle emergenze "esplose". Dal punto di vista epidemiologico, le cause di morte più frequenti, in entrambi i sessi, oltre che a confermare le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore, hanno avuto una impennata per i deceduti a causa del Covid. Una buona fetta della popolazione anziana ha subito conseguenze gravi se non deleterie, per l'apparato respiratorio .

2.1.3. - Analisi del contesto interno

Potenziamento del territorio

Il nostro territorio è stato potenziato con l'introduzione dei PTA (Presidio Territoriale di Assistenza), rimodulando così le strutture distrettuali al fine di andare incontro ulteriormente alle esigenze sanitarie del cittadino-utente. Lo scopo della creazione dei PTA, infatti, è stato principalmente quello di un decongestionamento delle strutture ospedaliere in particolar modo del pronto soccorso, ed anche quello di avere una maggiore attività di prevenzione per evitare le ospedalizzazioni.

Nei PTA già attivi sono potenziati i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, all'assistenza domiciliare, all'assistenza preventiva e consultoriale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, ed inoltre al loro interno sono implementati anche i Punti Unici di Accesso (PUA) alle cure domiciliari, oltre che i PPI (Punti di Primo Intervento). E' stata anche definita la programmazione complessiva della rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) che ha previsto per la nostra Azienda un fabbisogno di circa 580 posti di RSA .

Si tende così ad incrementare questo tipo di assistenza alle persone particolarmente "fragili", non autosufficienti e non assistibili a domicilio che non necessitano, allo stesso tempo, di un ricovero in strutture ospedaliere. Quest'anno per poter garantire questo tipo di assistenza c'è voluto uno sforzo maggiore per non mettere a rischio contagio malati che, per loro natura, si trovano in una posizione di debolezza.

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

Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

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

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

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

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

Nel corso degli anni 2020/2021 questo tipo di assistenza ha avuto non poche difficoltà per la presenza del Covid 19, ciò nonostante si è cercato di garantire la dovuta assistenza.

Screening oncologici

Particolarmente difficile è stata l'attività rivolta alla prevenzione dei tumori. Purtroppo il Covid 19 ha rallentato il lavoro svolto negli anni precedenti, dove si era arrivati ad ottimi risultati con il potenziamento degli screening oncologici allo scopo di individuare tempestivamente i soggetti affetti da tumore.

Nonostante questo ritardo le attività di screening vedono nell'ultimo periodo un incremento dei dati di adesione orientati alla progressione specialmente sul colon-retto in cui nelle ultime proiezioni si evince un incremento rispetto agli anni precedenti.

Il cittadino dovrà di nuovo percepire l'importanza di avere vicino una struttura sanitaria che si preoccupa della sua salute e che, attraverso la prevenzione, limiti i rischi dovuti ad una intempestiva risposta ad un eventuale tumore alla mammella, al colon-retto e all'utero.

Promozione della Salute degli Immigrati

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

L'attenzione per gli immigrati è stata anche rivolta per quanto riguarda la diffusione del virus. Gli immigrati sono stati monitorati ed, i casi positivi, ospitati presso il Covid Hotel cittadino ma adesso si è cercato di arrivare anche ad una vaccinazione completa.

Prevenzione e promozione alla salute

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

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

Una botta di arresto però si è avuta inevitabilmente sempre a causa della pandemia da Covid 19 che ha coinvolto principalmente il Dipartimento di Prevenzione. Il Dipartimento così si è attivato con diversi punti di riferimento e ha lavorato in collaborazione con il Dipartimento della Programmazione e dell'Organizzazione delle Attività Territoriali e dell'Integrazione Socio Sanitaria con l'istituzione delle U.S.C.A. (Unità Speciali di Continuità Assistenziali).

L'Azienda ha così istituito 50 USCA, una ogni 25 mila abitanti, dislocate nell'intero territorio, in tutte le sedi di distretto e anche nelle isole di Ustica e Lampedusa, che si occupano anche della gestione domiciliare dei pazienti con diagnosi confermata di Covid 19 e delle persone in isolamento con possibile infezione per contatti stretti. Alle 50 USCA presenti sul territorio si sono aggiunte altre 10 Scolastiche con compiti esclusivamente dedicati alla prevenzione, al tracciamento ed agli screening negli Istituti. Altri camici bianchi sono stati occupati nei Drive In sempre per effettuare tamponi, mentre altro personale medico si è occupato del "contact tracing".

⇒ ✓ **Riconfigurazioni organizzative in atto e modifiche nelle competenze e nelle funzioni attribuite**

2.1.4. - Atto Aziendale e dotazione organica

A seguito adozione del nuovo Atto Aziendale (delibera n.81 del 21/01/2020) approvato dall'Assessorato della Salute con DA n.512 del 10/06/2020, e della elaborazione della nuova dotazione organica (in corso di approvazione) è in atto in azienda un processo di riconfigurazione organizzativa in coerenza con le previsioni del D.M. n. 70/2015, e al disegno tracciato nella rete ospedaliera regionale dal Decreto n. 22 del 2019, per una continua integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali.

L'indirizzo strategico che ha informato il nuovo atto aziendale si riassume nell'orientamento della Direzione Aziendale di inserire l'offerta sanitaria in un contesto più ampio, provinciale, per migliorare l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi erogati dalle diverse Aziende insistenti sul territorio.

La realtà sanitaria aziendale è stata disegnata su 3 aree Est, Ovest e città di Palermo.

Anche nell'area amministrativa l'istituzione di tre Coordinamenti Amministrativi dei Distretti ospedalieri/territoriali, favorisce lo snellimento delle procedure interne, crea omogeneità nei processi di governo e riduce la complessità dei meccanismi di decisione rendendo più efficaci la verifica ed il controllo.

Rispetto al versante territoriale, l'estrema frammentazione e proliferazione di Unità Operative semplici ha caratterizzato in passato il tessuto connettivo dell'ASP di Palermo, determinando scarsa permeabilità tra il livello territoriale dei servizi e quello ospedaliero.

Tutto ciò si è tradotto in una ridotta incisività dei percorsi assistenziali che, per quanto annunciati, sono stati resi meno efficaci da un sistema autopoietico che ha prevalso sui meccanismi operativi improntati alla creazioni di reti di interconnessione più flessibili per una maggiore capacità adattiva ai cambiamenti organizzativi.

Partendo da questa lettura, tra l'altro suffragata dai dati provenienti dall'area Distrettuale, in cui si registra tutt'ora un notevole ritardo nel sistema di gestione delle patologie croniche e nell'implementazione del Punto Unico di Accesso alle cure rivolte alla fragilità, si è optato per una rimodulazione degli assetti organizzativi che predisponessero l'Azienda ad un profondo e veloce processo di revisione e di razionalizzazione dei percorsi.

In tal senso è da leggersi la scelta di trasformare molte Unità Operative Semplici in funzioni, non nel senso di un arretramento delle responsabilità, ma al contrario, per assicurare quelle dinamiche di collegamento cliente – fornitore in cui il sistema di aspettative possa essere immediatamente praticabile e quindi costantemente valutato dagli attori coinvolti nel processo.

La valorizzazione delle due tipologie di servizio in tutti i Distretti, rispettivamente dell'area socio – sanitaria e delle Cure Primarie testimoniano la volontà della Direzione Strategica di fare leva prioritariamente sull'implementazione di quella porta di accesso alle cure territoriali che possa contribuire anche ad un decongestionamento di tutti i Pronto Soccorso dell'area metropolitana.

Un'attenzione particolare è stata rivolta alla rivalorizzazione della rete dei consultori in quanto nucleo di offerta sanitaria pubblica più vicino alle famiglie, e come organizzazione capillare aziendale, in grado di rilanciare le campagne di prevenzione (screening oncologici) di sostegno alle attività sanitarie a favore della famiglia e di promozione di azioni volte all'educazione alla salute.

Nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) metropolitani sono stati infine creati dei "poli" con differenziazione delle aree specialistiche di oculistica, cardiologia, pneumologia, oncologia e diagnostica ecografica, in cui concentrare e sviluppare competenze e tecnologie per garantire risposte più efficienti ai cittadini e ridurre i tempi di attesa. Il progetto muove dalla considerazione che le prestazioni rese in ambito territoriale con expertise qualificato, possa essere poste in intima correlazione con l'organizzazione ospedaliera di base per assicurare celerità nella presa in carico di patologie diffuse e per le quali, in atto, il

cittadino ha difficoltà ad accedere alle cure oltre che alla attività diagnostica necessaria e per cui alla fine è sovente costretto a rivolgersi ad un pronto soccorso.

➤ **Quadro delle priorità politiche**

2.1.5. - Atto di indirizzo del Ministro della Salute

Con la delibera del Consiglio dei ministri del 31/01/2020 è stato dichiarato, sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 30/01/2020, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Molti sono gli atti che si sono susseguiti in materia, sia a livello nazionale sia a livello regionale, che hanno disposto una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare l'emergenza COVID-19.

In particolare sono state adottate dal Presidente dell'Assemblea Regionale specifiche Ordinanze volte all'adozione di misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19.

Nell'attuale scenario in continua evoluzione è sorta l'esigenza di rafforzare la capacità del Servizio Sanitario Regionale di rispondere ad un'eventuale situazione di crisi, anche in considerazione della situazione a livello internazionale e della possibile insorgenza di nuovi focolai nel contesto del territorio nazionale.

In particolare la ASP di Palermo ha predisposto un documento, chiamato "Piano Emergenza Pandemia Covid 19", nel quale sono indicate le modalità organizzative e la programmazione dell'assistenza sanitaria nel restante periodo di limitazione, con particolare riguardo ai percorsi sanitari in regime ospedaliero e specialistico ambulatoriale, adottando la logica della flessibilità sulla base dell'andamento della curva epidemiologica dell'infezione da SARS-COV2.

Durante tutto questo periodo c'è stata la necessità di adeguare l'organizzazione assistenziale della ASP di Palermo all'attuale scenario pandemico, nell'ottica di individuare misure per una risposta efficace in caso di aggravamento della situazione sanitaria legata alla diffusione del virus. Vengono così indicate le modalità organizzative e la programmazione dell'assistenza sanitaria nel restante periodo di limitazione. Vista l'incertezza sull'evoluzione dell'epidemia.

Nello specifico, ambiti di particolare importanza da verificare sono:

- la disponibilità immediata e le modalità di tempestivo e continuo approvvigionamento di materiali di consumo, strumentazione, dispositivi, diagnostici, farmaci, ecc.;

- la adeguata disponibilità di personale sanitario formato e continuamente aggiornato che possa supportare i Dipartimenti di Prevenzione nello svolgere funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, contact tracing, quarantena in caso di un aumento di trasmissione;
- l'aggiornamento/revisione dei percorsi clinico assistenziali e dei protocolli terapeutici previsti nei diversi contesti assistenziali per i diversi quadri clinici associati ad infezione da virus SARS-CoV-2;
- la verifica della presenza delle misure per la sicurezza di operatori e pazienti;
- la efficacia ed il coordinamento della comunicazione esterna ed interna ivi compresa la tempestiva comunicazione dei dati che alimentino i diversi flussi informativi nazionali;
- la predisposizione di modalità di risposta ad un eventuale aumento non controllato di casi di infezione anche in aree geograficamente limitate, tale da determinare un sovraccarico dei servizi territoriali ed assistenziali.

La politica sanitaria del prossimo triennio, in termini di opportunità e vincoli, andrà ad incidere sulle seguenti macroaree: prevenzione, comunicazione e promozione della salute pubblica veterinaria e della sicurezza degli alimenti. Tutto ciò sempre in considerazione delle priorità causate dall'emergenza pandemica.

2.1.6. - Il Sistema obiettivi dei Direttori Generali della Aziende Sanitarie

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

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

Annualmente, l'Assessorato della salute definisce in coerenza con la programmazione regionale il set di obiettivi e relativi indicatori.

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

Con tali premesse, il sistema obiettivi si dimensiona coerentemente con quanto presente negli atti di programmazione ministeriale e nelle revisioni del Piano sanitario regionale.

I contenuti del sistema obiettivi 2022-2024 sono esplicitati nel paragrafo relativo agli obiettivi triennali.

2.1.7. - Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile - POLA

A causa dell'emergenza sanitaria, anche la nostra Azienda Sanitaria, ha dovuto ricorrere alla modalità lavorativa non in presenza, quindi "al lavoro agile" in linea con quanto richiesto dall'art.263, comma 4-bis del decreto legge n.34 del 19/05/2020 (c.d."decreto rilancio"), convertito dalla legge n.77 del 17/07/2020, focalizzando l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance funzionali ad un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile nelle Amministrazioni. Per questo il lavoro agile è definito come un modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. Restituisce al lavoratore autonomia in cambio di una responsabilizzazione dei risultati. Tale principio si basa su alcuni fattori:

- ✓ Flessibilità dei modelli organizzativi
- ✓ Autonomia nell'organizzazione del lavoro
- ✓ Responsabilizzazione sui risultati
- ✓ Benessere del lavoratore
- ✓ Utilità per l'amministrazione
- ✓ Tecnologie digitali che consentono e favoriscono il lavoro agile
- ✓ Cultura organizzativa basata sulla collaborazione
- ✓ Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozioni di azioni correttive.

Tutto ciò implica inevitabilmente un rapporto tra la performance ed il lavoro agile ed una conseguente revisione organizzativa che conduce alla riflessione sull'adeguatezza complessiva del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance. Va da sé che il SMVP dovrà essere aggiornato in coerenza con la nuova organizzazione del lavoro che l'amministrazione adotterà, portando ad una riflessione maggiore per la performance individuale; essa infatti prescinde dal fatto che la prestazione sia fatta in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista. Si possono utilizzare indicatori ad hoc per il lavoro agile, ma le dimensioni delle performance devono fare riferimento alle Linee Guida 1 e 2 del Dipartimento della funzione pubblica ed essere le stesse per tutte le strutture organizzative e i dirigenti e dipendenti dell'Azienda.

Il Governo centrale anche durante il 2021 ha dato dei segnali per intensificare il lavoro agile indipendentemente dall'andamento della pandemia. Ci sono state tre tappe importanti: 1) decreto legge "proroghe" n.56 di fine aprile in cui si sono superate le soglie percentuali minime per l'applicazione dello Smart Working nella Pubblica Amministrazione; 2) dal 15 ottobre, con la riapertura di tutte le attività economiche grazie alla campagna vaccinale che ha permesso di ripristinare il lavoro in presenza come modalità ordinaria nella PA (Dpcm 24 settembre e Dm 8 ottobre); 3) in parallelo, ha visto il decollo delle

trattative per i rinnovi contrattuali ed il 21 dicembre è stata firmata la preintesa per il comparto. Le linee guida prevedono ulteriori condizioni per il Lavoro Agile:

- ✓ L'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- ✓ L'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- ✓ L'adozione di appositi strumenti tecnologico idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- ✓ La necessità, per l'amministrazione, della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- ✓ La fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- ✓ Il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- ✓ La rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario;
- ✓ Il dovere di fornire al lavoratore idonea dotazione tecnologica che garantisca la sicurezza e il divieto di ricorso all'utenza personale o domestica del dipendente, salvo i casi preventivamente verificati e autorizzati.

In sintesi, ciascuna amministrazione, potrà equilibrare lavoro agile e in presenza secondo le modalità organizzative più congeniali alla propria situazione, anche considerando l'andamento epidemiologico nel breve e nel medio periodo. In questo momento la nostra Azienda, pur avendo inizialmente sposato, la fattibilità del cosiddetto lavoro agile, adesso è stato concesso solo a particolarissime situazioni e si è preferito il classico lavoro "in presenza".

2.2. Gli obiettivi specifici triennali

Il decreto legislativo del 25 maggio 2017, n. 74, ha introdotto una nuova articolazione degli obiettivi prevedendo la definizione di obiettivi specifici, programmati dalle singole amministrazioni su base triennale. Gli obiettivi specifici sono definiti da ciascuna amministrazione nel proprio Piano, in base alle priorità politiche e al quadro di riferimento nel quale l'amministrazione è chiamata ad agire nel triennio e nell'annualità successiva. Gli obiettivi sono corredati da indicatori e target che ne garantiscano la misurabilità.

L'ASP di Palermo per il triennio 2022-2024 definisce gli obiettivi specifici, in continuità con il triennio 2021-

2023, con riferimento:

- ✓ al Sistema di Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi per il periodo 2021-2023 (elaborati dall'AGENAS) e assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute al Direttore Generale (**allegato 2**);
- ✓ agli obiettivi contrattuali generali assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute al Direttore Generale.

Gli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi fanno riferimento ai seguenti ambiti:

1. Screening
2. Esiti
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento
6. Donazione organi
7. Prescrizione in modalità dematerializzata
8. Fascicolo Sanitario Elettronico
9. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)
10. *Piani di efficientamento e riqualificazione (non assegnato all'ASP)*
11. Piani Attuativi Aziendali (P.A.A.) per le seguenti aree:
 - 1. AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE
 - 1.1 Sanità veterinaria
 - 1.2. Igiene degli alimenti
 - 1.3. Vaccinazioni
 - 1.4. Tutela ambientale
 - 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro
 - 2. AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI
 - 2.1. Sicurezza dei pazienti
 - 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
 - 2.3. PDTA
 - 2.4 Appropriatelyzza
 - 2.5 Outcome
 - 2.6 Trasfusionale
 - 3. AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
 - 3.1. Cronicità
 - 3.2 Fragilità
 - 3.3. Disabilità e non autosufficienza
 - 3.4 Privacy

Gli obiettivi contrattuali generali riguardano:

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

In **allegato 3** è riportato il documento di assegnazione degli obiettivi specifici alle strutture aziendali già elaborato nel 2019, mentre in **allegato 4** sono riportati tutti gli obiettivi specifici triennali con l'indicazione delle strutture assegnatarie.

Posti gli obiettivi specifici su cui l'Assessorato della Salute chiede il perseguimento di migliori risultati, l'ASP ha esaminato le criticità al proprio interno individuando gli interventi su cui centrare gli obiettivi con l'elaborazione di:

- Piani di intervento specifici (per es: Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa , Piano aziendale per la gestione del sovraffollamento nei Pronto soccorso , Piano di audit interno procedure PAC, ...), cui il presente Piano fa riferimento;
- Obiettivi/Indicatori di processo attribuiti alle strutture interessate nel presente Piano della Performance (per es: Screening, prescrizioni dematerializzate, fascicolo sanitario elettronico);
- Obiettivi/Indicatori di miglioramento dei livelli di attività, di miglioramento dell'attività, di miglioramento organizzativo che si riflettono sugli obiettivi di salute e funzionamento (per es: obiettivi dell'area ospedaliera di degenza che inducono un miglioramento nella gestione del sovraffollamento del pronto soccorso e sugli esiti).

Tutti gli obiettivi sono altresì seguiti da referenti aziendali e da gruppi di lavoro appositamente costituiti.

Per l'analisi di ulteriori criticità e interventi di miglioramento non correlati agli obiettivi assessoriali, si rimanda al capitolo sugli obiettivi annuali.

Gli Obiettivi di Salute e Funzionamento

Obiettivo 1 SCREENING

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

tutta la popolazione dell'ASP di Palermo.

A causa dell'emergenza Covid 19, come da disposizioni assessoriali, le attività di screening sono state sospese il 10/03/2020 e riprese a maggio con nota prot. N. 827/CSS del 13/15/2020. Nel corso del 2021 si è cercato di riattivare l'attività di screening ma il perdurare dell'emergenza per la pandemia non ha fatto "recuperare" l'arretrato che si era formato. Tuttavia si è cercato in tutti i modi di riprendere il lavoro interrotto e fra mille difficoltà si lavora per dare l'opportunità, agli assistiti, di prevenire determinate patologie oncologiche.

Seguendo le indicazioni dettate dall'Osservatorio Nazionale Screening, per garantire le norme igieniche ed ottemperare alle disposizioni in materia di distanziamento sociale, gli inviti hanno subito delle variazioni sulle procedure di arruolamento.

Allo stesso modo sono state sospese tutte le "uscite" previste a bordo dei camper per la promozione delle attività e per garantire le fasce di popolazione disagiata. Nell'ultimo periodo dell'anno appena trascorso, talvolta insieme alle vaccinazioni nelle piazze, si è cercato di effettuare anche degli screening oncologici.

Nell'ultimo periodo sono stati riattivati tutti i meccanismi necessari a garantire un recupero delle prestazioni di screening in cui si comincia a registrare un sensibile incremento.

Obiettivo 2 ESITI

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

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

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

Inevitabilmente nel corso del 2020 e del 2021 la percentuale degli esiti di questo obiettivo si è ulteriormente abbassata visto le procedure che si sono dovute adottare a causa della pandemia.

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

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

Questo obiettivo non è stato influenzato dall'evento covid anche se si sono modificate le procedure di "accoglienza" delle partorienti.

2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno.

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

Anche questo obiettivo è stato, in qualche modo, influenzato dal persistere del virus in quanto si allungano i tempi di spostamento del paziente dal pronto soccorso al reparto o struttura competente.

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

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

Questo obiettivo non subisce il perdurare della pandemia.

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

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

Nel PRGLA saranno considerati i seguenti monitoraggi:

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

Tutto ciò però è stato stravolto dalla diffusione dell'epidemia causata dal virus Covid19 che ha provocato la *sospensione* dell'erogazione delle prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di screening non urgenti o differibili. Questo ha comportato inevitabilmente l'allungamento delle liste di attesa e un maggiore rischio di

peggiore degli indicatori di salute per la popolazione non affetta dal Covid 19 e costretta a ritardare l'accesso alle cure.

A tal fine, l'Assessorato Regionale della Salute, ha approvato Piano operativo per il recupero delle liste di attesa della Regione siciliana previsto dall'art. 29, comma 9, del D.L. n. 104 del 2020, convertito con legge n.126 del 2020, che deroga anche ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale.

Il Piano ha lo scopo di favorire il recupero delle liste di attesa causate dall'emergenza SARS-COV-2; il potenziamento degli interventi del PRGLA 2019-2021 finalizzati alla rimodulazione della domanda e/o dell'offerta assistenziale nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura; l'utilizzo ottimale delle risorse aggiuntive ex art. 29, per l'intero periodo di vigenza del Decreto Legge e il monitoraggio e verifica della coerenza e del corretto utilizzo delle risorse destinate al recupero delle liste di attesa.

Dai dati grezzi dei flussi informativi correnti dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali emerge in modo evidente la quantità di volumi complessivi che, a seguito della sospensione dell'attività ordinaria causata dall'emergenza pandemica, non sono stati ancora erogati. Complessivamente per la Regione Sicilia si è avuta una riduzione di ricoveri. Da un confronto, sulla base dei flussi dell'attività ambulatoriale pubblica e privata accreditata, si osserva una riduzione delle prestazioni effettuate. Le branche che hanno subito una maggiore riduzione sono state la psichiatria, la chirurgia vascolare, l'allergologia, l'otorinolaringoiatria e così via.

Per tale motivo, nonostante l'attuale recrudescenza del quadro epidemico, il recupero delle prestazioni non erogate ed appropriate rappresenta una priorità di salute pubblica che richiede l'individuazione di nuove strategie e l'attivazione di misure straordinarie da integrare agli interventi già previsti dal PRGLA 2019-2021, ferma restando l'assoluta necessità di dover continuare a garantire, nel piano emergenziale di rimodulazione dell'offerta, la rigorosa applicazione di tutte le misure di prevenzione e controllo Covid 19 previste dalle norme nazionali e regionali.

Per ridurre le Liste di Attesa la Regione può ricorrere a delle modalità fuori dalla norma che in parte ha messo in atto come ad esempio reclutare personale. Così anche per le finalità del recupero delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, non garantite a causa dell'epidemia, sono state considerate altre procedure.

Verso la fine del 2021 la Direzione aziendale ha potenziato l'integrazione ospedale-territorio in modo da *spostare* il baricentro dell'accoglienza in sedi territoriali istituite appositamente che contribuiscono a fortificare una rete di intervento, fondamentale anche per evitare la maggiore affluenza all'interno degli ospedali se non addirittura accessi impropri nelle aree di emergenza. A tale scopo la Direzione Aziendale propone di diversificare la possibilità di istituire delle equipe itineranti dotate di expertise necessarie nei vari Distretti a cui assegnare lo sviluppo di linee di intervento che maggiormente contribuiscono all'assunzione in carico di pazienti più complessi per l'inserimento degli stessi, ove possibile, in mirati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Tali attività saranno svolte in regime di prestazioni aggiuntive e con

l'implementazione di strumentazione, ove necessaria, e saranno volte ad assicurare nelle tre aree territoriali in cui è organizzata l'Azienda, interventi con prenotazione con sistema CUP Aziendale attraverso un calendario che sarà deciso dai Responsabili delle aree ospedaliere di Cardiologia, Diabetologia, Chirurgia e di Medicina Interna . Con delibera n.1120 del 23/09/2021, l'Azienda prende atto del Piano Operativo Aziendale per il recupero delle Liste di Attesa per le prestazioni ambulatoriali.

Obiettivo 4 RISPETTO DEGLI STANDARD DI SICUREZZA DEI PUNTI NASCITA

L'obiettivo viene declinato in due sub obiettivi:

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

Punti nascita

Al fine di incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita, è stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato – Regioni.

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

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

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

Obiettivo 5 PRONTO SOCCORSO – GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

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

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

- ✓ *Adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;*
- ✓ *Attuazione degli interventi e delle azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;*
- ✓ *Misurazione e monitoraggio del sovraffollamento.*

Con il DPCM del 09/03/2020 e successivi, le attività di Pronto Soccorso e di ricovero in degenza ordinaria, sono state modificate e adattate alle nuove esigenze dovute alla pandemia da Covid 19; in particolare l'attesa per gli esiti dei tamponi che, soprattutto nella prima fase, è arrivata a 36-48 ore, ha prolungato i tempi di permanenza in PS specie per i pazienti in attesa di ricovero. In più, per alcuni presidi ospedalieri, si è avuta una drastica riduzione per i ricoveri ordinari in quanto la struttura si è convertita in Covid Hospital con un impatto sulla efficienza operativa.

Obiettivo 6 DONAZIONE ORGANI

Nell'anno 2021 la donazione d'organi e tessuti in Sicilia ha subito ancora un decremento rispetto ai traguardi raggiunti negli anni precedenti. In effetti, le previsioni avevano una tendenza opposta; con i maggiori decessi dovuti alla pandemia, ci si aspettava in realtà un maggior numero di donazioni di organi. Questo non è successo neanche per quanto concerne il procurement del tessuto corneale.

Obiettivo 7 PRESCRIZIONE IN MODALITÀ DEMATERIALIZZATA

I medici dipendenti pubblici (ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, etc), sono individuati dal DA 12/08/2010 (GURS 27/08/2010) come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche. Il DA 2234/2015 (disposizioni inerenti le prescrizioni medicinali) ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione di farmaci. In linea di massima adesso c'è una buona risposta a questo obiettivo; dopo la reticenza iniziale, adesso quasi la totalità dei medici si è adeguata alla procedura.

Obiettivo 8 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

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

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

Sono state emanate specifiche direttive dall'Assessorato della Salute, per l'acquisizione del consenso informato per l'attivazione del FSE per i pazienti ricoverati o in trattamento ambulatoriale e per la trasmissione dei referti di laboratorio. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato sul numero dei consensi acquisiti e dei referti di laboratorio trasmessi. Non vi è dubbio che , anche in questo caso, l'arrivo ed il perdurare del virus non ha permesso il buon esito di questo obiettivo.

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

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n. 2128/ 2013, n. 402/2015 e n. 1559/2016 ha

provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

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

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

All'interno dei PAC , si è svolta l'attività di AUDIT e per l'anno 2021 sono stati effettuati 111 audit di cui il 63.96% (70) con esito positivo ed il restante 36.04% (40) con riserva.

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

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

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

Gli obiettivi di Piano Attuativo Aziendale si articolano in tre Aree, come di seguito.

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

Obiettivi contrattuali generali

Sono obiettivi legati al funzionamento dell'amministrazione nella gestione contabile, negli approvvigionamenti, nella gestione delle risorse umane. Queste attività viste come secondarie sono invece un'area di potenziale miglioramento non solo sul fronte dell'efficienza ma anche dell'efficacia

Obiettivo EQUILIBRIO DI BILANCIO

- Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute

Obiettivo TEMPI DI ATTESA

- Osservanza degli adempimenti prescritti espressamente dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), predisposto in attuazione dell'Intesa- Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010/2022 di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266 (PNGLA), al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa.

VEDI Obiettivo 3

Obiettivo CONTENIMENTO SPESA PERSONALE

- 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
- 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.

➤

Obiettivo CONTENIMENTO SPESA BENI E SERVIZI

- Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi. In particolare, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di Bacino), dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure Consip e Me.Pa, ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett d) della Legge 7 agosto 2012, n. 135 di conversione con modificazioni del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e, comunque, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale e dei relativi atti regolamentari e/o attuativi nel caso in cui i prezzi siano competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori

In ogni caso , è fatto divieto al ricorso a procedure negoziate e di urgenza — con esclusione dei casi di privativa industriale — non giustificato e sistematico ed il rinnovo di contratti in difetto di programmazione

Obiettivo CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA

- Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione per l'assistenza farmaceutica territoriale / ospedaliera

Obiettivo FLUSSI INFORMATIVI

- Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi", sia di istituzione nazionale che regionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alla qualità del dato, anche, in termini di coerenza con altre fonti informative e, di completezza, avuto riguardo tanto alle strutture di competenza dell'Azienda che alla periodicità di ciascun file, secondo i criteri di valutazione che saranno specificati con separato atto dell'Assessorato

Obiettivo PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

- Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corrutivi in sanità
- Osservanza degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico

Obiettivo LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

- Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia di libera professione intramuraria ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 3 agosto 2007 n. 120 e s.m.i.

➤ SEZIONE 3 – LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE

3.1. Dagli obiettivi specifici agli obiettivi operativi di budget

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

Inoltre, sono definiti ulteriori obiettivi annuali per le aree non coperte dagli obiettivi specifici triennali e relativi ad aree di intervento trasversali (prevenzione della corruzione, trasparenza, qualità percepita, qualità partecipata, empowerment del paziente, ...) e ad aree di attività nelle quali si evidenziano spazi di miglioramento, diretto o indiretto, del "benessere" per i destinatari.

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

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

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

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

La Direzione Strategica declina gli **obiettivi specifici triennali aziendali**, individua opportuni **obiettivi operativi di budget per l'annualità in corso** che assegna alle macrostrutture (Dipartimento – Distretto Sanitario – Distretto Ospedaliero e UU.OO. di Staff) e alle singole strutture complesse.

Nel 2022 le strutture assegnatarie di budget sono le seguenti:

Atto Aziendale delibera n.81/2020

STRUTTURE ASSEGNATARIE DI OBIETTIVI DI BUDGET 2021	Tipo UO
UU.OO. della Direzione Aziendale	
affidenti alla Direzione Generale	
Coordinamento staff strategico (UOC)	UOC
Sviluppo e gestione dei progetti sanitari (UOC)	UOC *
Programmazione, Controllo di Gestione (UOC)	UOC *
Legale (UOC)	UOC
Psicologia (UOC)	UOC
Servizio Prevenzione e Protezione (UOC)	UOC
affidenti alla Direzione Sanitaria	

Centro gestionale screening (UOC)	UOC	*
Educazione alla Salute Aziendale (UOS)	UOS	
Sorveglianza Sanitaria (UOS)	UOS	
Sistema informativo e statistico (UOS)	UOS	
affendenti alla Direzione Amministrativa		
Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1 (UOC)	UOC	*
Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 2 (UOC)	UOC	*
Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 3 (UOC)	UOC	*
I Dipartimenti Sanitari funzionali		
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	DIP	*
Cronicità e percorsi assistenziali (UOC)	UOC	*
Cure primarie (UOC)	UOC	
Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (UOC)	UOC	*
Medicina legale e fiscale (UOC)	UOC	
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	DIP	*
Assistenza riabilitativa territoriale (UOC)	UOC	
Integrazione socio-sanitaria (UOC)	UOC	
Assistenza socio-sanitaria demenze - Centro di riferimento regionale per le demenze (UOC)	UOC	*
DIPARTIMENTO ATTIVITÀ OSPEDALIERE	DIP	
Programmazione e monitoraggio attività Ospedaliere area metropolitana provinciale (UOC)	UOC	*
Organizzazione ospedaliera area metropolitana provinciale (UOC)	UOC	*
Ospedalità pubblica e privata (UOC)	UOC	
DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	DIP	*
DIPARTIMENTO DI MEDICINA	DIP	*
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	DIP	*
I Dipartimenti Sanitari strutturali		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIP	
Accreditamento (UOC)	UOC	*
Sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva (UOC)	UOC	
Igiene degli ambienti di vita (UOC)	UOC	
Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale (UOC)	UOC	
Laboratorio medico di sanità pubblica (UOC)	UOC	
Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (UOC)	UOC	
Impiantistica ed antinfortunistica (UOC)	UOC	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO	DIP	
Igiene urbana e lotta al randagismo (UOC)	UOC	
Sanità animale – Area A (UOC)	UOC	
Igiene della produzione degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B (UOC)	UOC	
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C (UOC)	UOC	
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	DIP	
Disturbi del comportamento alimentare ambulatoriale e residenziale (UOC)	UOC	*
Modulo 1 (UOC) <i>Misilmeri-Palermo</i>	UOC	
Modulo 2 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC	

Modulo 3 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
Modulo 4 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
Modulo 5 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
Modulo 6 (UOC) <i>Termini Imerese-Bagheria</i>	UOC
Modulo 7 (UOC) <i>Cefalù-Petralia Sottana</i>	UOC
Modulo 8 (UOC) <i>Corleone-Lercara Friddi</i>	UOC
Modulo 9 (UOC) <i>Partinico-Carini</i>	UOC
Dipendenze patologiche (UOC)	UOC
Disturbi dello spettro autistico (UOC)	UOC *
Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	DIP
Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia (UOC)	UOC *
Integrazione farmaceutica ospedale-territorio (UOC)	UOC *
Farmacia ospedaliera (UOC) P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	UOC
DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA FAMIGLIA	DIP
Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Ginecologia e ostetricia (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Pediatria (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Ginecologia e ostetricia (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Neonatologia (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	DIP
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Laboratorio d'analisi (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Laboratorio d'analisi (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Laboratorio d'analisi (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Anatomia e istologia patologica (UOC)	UOC
Medicina trasfusionale (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	DIP
Integrazione radiologia ospedaliera e territoriale (UOC)	UOC *
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Radiologia (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Radiologia (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	DIP
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Pronto Soccorso (UOC)	UOC *
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Terapia intensiva (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Pronto Soccorso (UOC)	UOC *
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Servizio di Anestesia (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Astanteria (UOC)	UOC *
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Terapia Intensiva (UOC)	UOC
i Distretti Sanitari	
Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)	UOC

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)	UOC
PTA "Biondo" (UOC)	UOC
PTA "Casa del Sole" (UOC)	UOC
PTA "E. Albanese" (UOC)	UOC
PTA "Guadagna" (UOC)	UOC
PTA "Centro" (UOC)	UOC
i Distretti Ospedalieri	
Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico e P.O. "Dei Bianchi" di Corleone	
P.O. "Civico" di Partinico	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione (UOSDIP) [piede diabetico]	UOS *
Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)	UOC *
Medicina generale (UOC)	UOC
Cardiologia-UTIC (UOC)	UOC
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione (UOC)	UOC *
Urologia (UOSDIP)	UOS
Ortopedia e traumatologia (UOC)	UOC
Chirurgia generale (UOC)	UOC
P.O. "Dei Bianchi" di Corleone	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Medicina generale (UOSDIP)	UOS
Chirurgia generale (UOSDIP)	UOS
Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese e P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana	
P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)	UOC *
Medicina generale (UOC)	UOC
Chirurgia generale (UOC)	UOC
Otorinolaringoiatria (UOC)	UOC
Ortopedia e traumatologia (UOC)	UOC
P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Medicina generale (UOC)	UOC
Chirurgia generale (UOSDIP)	UOS
Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" e P.O. "Villa delle Ginestre" di Palermo	
P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOC)	UOC
Gastroenterologia ed endoscopia (UOSDIP)	UOS
Screening colon retto (UOSDIP)	UOS *
Medicina generale (UOC)	UOC
Geriatrica (UOC)	UOC

Lungodegenti (UOC)	UOC
Cardiologia-UTIC (UOC)	UOC
Chirurgia generale (UOC)	UOC
P.O. "Villa delle Ginestre" di Palermo	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Unità spinale (UOC)	UOC
Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)	UOC

I Dipartimenti Amministrativi	
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE	DIP
Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane (UOC)	UOC
Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali (UOC)	UOC
Affari generali e convenzioni (UOC)	UOC
Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI (UOC)	UOC *
DIPARTIMENTO RISORSE TECNOLOGICHE, FINANZIARIE E STRUTTURALI	DIP
Bilancio e programmazione (UOC)	UOC
Gestione del patrimonio (UOC)	UOC *
Progettazione e manutenzione (UOC)	UOC
Approvvigionamenti (UOC)	UOC
Gestione informatica aziendale (UOC)	UOC *

* = strutture previste nella nuova organizzazione aziendale in corso di attivazione

Nell'allegato 5 si riportano gli obiettivi operativi per l'anno 2022 e le relative schede di budget.

Di seguito si illustra una sintetica analisi degli obiettivi annuali "trasversali" e per area di attività:

3.1.1. - Obiettivi in collegamento con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

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

Il PTPC è disponibile sul sito internet dell'ASP alla sezione "Amministrazione Trasparente", al link:

<http://www.asppalermo.org/pagina.asp?ID=139>

Il PTPC crea un collegamento tra gli obiettivi strategici individuati dall'organo di indirizzo con quelli di performance assegnati agli uffici e il rispetto delle misure di prevenzione della corruzione e l'art. 10, co. 3, del d.lgs. 33/2013 stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.

Al fine di realizzare una efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione e di coordinare il PTPC

aziendale con il contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'azienda, con nota prot. 121 Prev Corr del 22/10/2021 sono stati proposti, per l'anno 2022, al Direttore della U.O.C Controllo di Gestione SIS e al Direttore della U.O.C. Coordinamento Staff Strategico e all'O.I.V gli obiettivi sotto indicati, che sono stati inseriti nel presente Piano della Performance:

Obiettivo di Prevenzione della Corruzione PUNTI 5 : Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2022-2024: obiettivo 3c)	
SUB-OBIETTIVO N. 1 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 25%)	
Intraprendere azioni volte a garantire maggiore trasparenza e la prevenzione della corruzione.	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della legalità destinata a tutti i dipendenti, con particolare riferimento a coloro che gestiscono procedimenti/processi a più alto rischio di fenomeni corruttivi. Le azioni dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico: <ol style="list-style-type: none"> 1) l'analisi e la mappatura dei processi e procedimenti, in seno all'Area di riferimento, che riguardano concessioni/ autorizzazioni ed erogazioni di beni e servizi, sovvenzioni come individuati dall'Autorità con Delibera Anac 468/2021. 2) l'identificazione dei rischi e delle misure di prevenzione idonee al loro contenimento. 3) monitoraggio e realizzazione dei correlati obblighi di pubblicazione da realizzarsi sul sito istituzionale nella prevista sezione di Amministrazione Trasparente. 4) l'attività di monitoraggio periodico sul rispetto dei tempi procedurali secondo quanto previsto dall'art.1, co.28 della l.190/2012. La misura consente di far emergere eventuali omissioni o anomalie nonché ritardi e/o interruzioni nella conclusione dei procedimenti che possono essere sintomatici di fenomeni di cattiva amministrazione.
Indicatore	Inoltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento, le seguenti indicazioni: <ol style="list-style-type: none"> 1. Denominazione Processi/procedure analizzate 2. Per ciascun Processo o procedura indicazione dei Rischi individuati e dei correlati fattori abilitanti il rischio 3. Per ciascun Rischio e correlati fattori abilitanti di cui al punto 2., l'indicazione delle misure di prevenzione previste. Invio delle attestazioni dei realizzati adempimenti di pubblicazione obbligatori.
Valori attesi	Trasmissione Relazione attestante l'analisi del 50% dei processi/procedimenti entro il 30/06/2022 Trasmissione Relazione attestante l'analisi del 100% dei processi/procedimenti entro il 30/11/2022
Data inizio/fine	Entro il 30/06/2022 - Entro il 30/11/2022

SUB-OBIETTIVO N. 2 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 25%)	
Intraprendere azioni volte a garantire la insussistenza di conflitti di interesse.	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sul tema conflitto di interessi ed obbligo di astensione come regolamentati dal PTPC Aziendale. Le azioni di sensibilizzazione dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico, il potenziamento e il monitoraggio dei controlli delle dichiarazioni da rendere in materia di obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, ai sensi dell'Art. 6 e 7 del DPR 62/2013 e dell'art. 6-bis della l. 241 del 1990.

Indicatore	<p>1. acquisizione e conservazione in seno alle strutture di appartenenza delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi prodotte dai dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a responsabile unico del procedimento;</p> <p>2. monitoraggio della situazione, attraverso l'aggiornamento, con cadenza periodica annuale della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ricordando a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate;</p> <p>3. esemplificazione di alcune casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara);</p> <p>4. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale (ad esempio, il responsabile dell'ufficio nei confronti del diretto subordinato);</p> <p>5. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione;</p> <p>6. azione di sensibilizzazione volta ad incentivare l'utilizzo della apposita modulistica prevista dal vigente PTPC finalizzata alla presentazione tempestiva delle dichiarazioni di cui ai modelli F, D, E.</p>
Valori attesi	<p>Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei Referenti aziendali di un report ove siano indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> I nominativi dei dipendenti che, nell'ambito della struttura di appartenenza, nel corso dell'anno hanno prodotto le dichiarazioni come previste dal vigente PTPC sia al momento dell'assegnazione all'ufficio o nel corso di svolgimento di attività istituzionali ad es. (in caso di nomina a responsabile unico del procedimento/responsabile del procedimento)
Data inizio/fine	Entro il 30/11/2022

SUB-OBIETTIVO N. 3 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 50%)	
Intraprendere azioni volte a garantire maggiore trasparenza e la prevenzione della corruzione.	
Descrizione	<p>Ampliamento della Mappatura dei procedimenti/processi mediante l'applicazione dei nuovi criteri di cui all'Allegato1 del PNA 2019 e tenuto conto delle indicazioni contenute nella norma ISO31000 (Global Compact).</p> <p>Realizzazione della mappatura dei procedimenti/processi di lavoro e individuazione dei correlativi fattori di rischio corruttivo di pertinenza di ciascuna struttura Aziendale.</p>
Indicatore	Individuazione di processi/procedimenti/attività/fasi in seno a ciascuna struttura aziendale; individuazione del valore di priorità del rischio e delle misure generali e specifiche adottate come da allegato al PTPC.
Valori attesi	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'allegato debitamente compilato in ciascuna parte a carico dei Referenti Aziendali
Data inizio/ fine	Entro il 30/06/2022

Per quanto attiene la Trasparenza, l'obiettivo inserito nel presente Piano fa riferimento agli obblighi di pubblicazione stabiliti nel PTPC 2022-2024 (allegati anche al presente Piano):

Obiettivo di Trasparenza PUNTI 5 Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2022-2024: obiettivo 3c)
Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2022 – 2024 - Sezione “Trasparenza e Integrità” - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

3.1.2. - Obiettivi relativi alla Customer satisfaction

L'Azienda è stata impegnata, negli anni precedenti, nella realizzazione del Programma regionale relativo alla “Misurazione della qualità percepita”. Attualmente l'attività si è molto ridotta per l'assenza di nuove formali indicazioni da parte del referente regionale e con la conferma del venir meno del supporto dell'Istituto di Statistica dell'Università di Palermo. Tuttavia, a seguito dei noti eventi connessi con il perdurare della pandemia da Covid-19, si sono verificate notevoli difficoltà nell'acquisire i necessari consensi per l'indagine da parte degli utenti presenti nelle strutture interessate e quindi con una notevole riduzione numerica del campione analizzato. Si è prevista quindi la realizzazione di una apposita interfaccia web che consenta agli utenti di esprimere direttamente online la propria valutazione e “soddisfazione” sui servizi aziendali usufruiti.

3.1.3. - Pari opportunità e benessere organizzativo

Le amministrazioni pubbliche, come previsto dall'articolo 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, costituiscono al proprio interno il “Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” e che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha emanato le “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”. L'attuazione degli indirizzi forniti deve basarsi su attività di analisi e valutazione, finalizzate all'individuazione, attraverso indagini, studi e attività di monitoraggio, delle discriminazioni dirette e indirette che devono essere rimosse attraverso specifiche azioni positive con il coinvolgimento attivo dei CUG.

Il profilo del CUG è profondamente mutato ed è stato ampliato a seguito della normativa in materia, recentemente intervenuta, l'ultima della quali è la Direttiva n. 2/2019 del 26 giugno 2019, in cui il Comitato esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica, come di seguito esplicitata:

- Funzione propositiva: predisposizione di piani di azioni positive volti a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione e violenze morali, psicologiche, di mobbing e disagio organizzativo, all'interno dell'amministrazione pubblica;
- Funzione consultiva: svolge un'azione di prevenzione delle potenziali situazioni di discriminazioni in quanto chiamato a formulare pareri sui progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza, sui piani di formazione del personale, sulle forme di flessibilità lavorativa;
- Funzione di verifica: relazionare annualmente in ordine allo stato di attuazione del PTAP, sul monitoraggio degli incarichi conferiti sia al personale dirigenziale che a quello non dirigenziale, sulle indennità e posizioni organizzative al fine di individuare eventuali differenziali retributivi tra uomini e donne.

La nostra Azienda ha così provveduto, con Deliberazione n.801 del 20/08/2020, a designare la nuova Presidente del CUG dell'ASP 6 Palermo, subentrata alla precedente che, per pensionamento, ha concluso la propria attività di servizio in Azienda. Per favorire il funzionamento, in particolare, in ordine alle attività connesse agli Obiettivi del PTAP, il CUG ha articolato la propria attività in Commissioni/Gruppi di lavoro che concorrono allo sviluppo degli Obiettivi loro assegnati. Ai Componenti delle predette Commissioni, pur rimanendo maggiormente impegnati nei lavori loro assegnati, è chiesto il contributo anche riguardo alle altre aree d'intervento, in richiamo al principio della collegialità e della condivisione che ispira la Direzione di questo CUG. Al Coordinatore della singola Commissione spetta il compito di rendicontare e condividere, nell'ambito delle sedute plenarie, il contenuto dell'attività espletata. Anche in considerazione dell'attuale stato emergenziale e delle conseguenti difficoltà, si è concordato di far convergere le azioni su alcune aree e le Commissioni istituite sono le seguenti:

- ✓ Risorse Umane e Pari Opportunità
- ✓ Benessere Organizzativo e Politiche di Conciliazione
- ✓ Comunicazione
- ✓ Regolamenti
- ✓ Formazione

Gli obiettivi su cui si sono concentrate principalmente le attività del CUG sono:

1. Le azioni del CUG, volte al miglioramento del benessere organizzativo del personale dell'Azienda, consistono nell'attività di verifica e controllo dei correttivi realizzati da quei Servizi che presentano aspetti di criticità, emersi a seguito della rilevazione e della analisi dei dati, realizzati dal competente DPP congiuntamente alla UOC Psicologia. Il CUG monitorerà l'operato di tali Servizi, sollecitandoli, nel corso del 2021, ad operare i necessari cambiamenti in merito ai nodi problematici evidenziati.

2. L'intervento in tema di comunicazione ha preso avvio con un ampliamento dello spazio informativo del CUG presente nel sito aziendale, il cui contenuto è stato arricchito dalla introduzione di normativa di riferimento, in particolare la Direttiva 2/2019, dalla imminente pubblicazione dei Verbali delle sedute del CUG, nonché da informazioni utili per i lavoratori e per le lavoratrici dell'Azienda;
3. Il Regolamento di funzionamento del CUG è stato applicato in modo più rigoroso e funzionale, ed è in corso di revisione, in particolare per alcune sue parti, come richiamato dalla Direttiva 2/2019; La suddetta Direttiva è stata parzialmente recepita nell'anno appena concluso, stante la approvazione della possibile nomina della figura del sostituto, per i Componenti di parte sindacale, attraverso la semplice comunicazione del nominativo da parte dell' Organizzazione sindacale di appartenenza;
4. Per le politiche di conciliazione il CUG è impegnato nel sostenere il Lavoro Agile per la conciliazione dei tempi di lavoro e di vita privata, guardando soprattutto alle donne lavoratrici sulle quali, ancora oggi, ricade il maggior carico di compiti di cura. La conciliazione delle due dimensioni si pone in maniera funzionale al miglioramento del benessere organizzativo. Con riferimento alla imminente definizione del POLA in ambito aziendale, anche in applicazione a quanto previsto dalla Direttiva n. 2/2019, il CUG, in collaborazione con il DRU, intende partecipare alla elaborazione del citato Piano che comporta l'avvio di un processo culturale che interessa il mondo del lavoro, determinando il passaggio da una tradizionale visione vocata al controllo ad una attenzione orientata al risultato. In tale nuovo scenario anche i dipendenti e le dipendenti che, ad esempio, presentano particolari condizioni di svantaggio fisico per patologia possono, lavorando in un ambiente più protetto, quale la propria abitazione, trovare certamente nuove opportunità di espressione delle proprie capacità e competenze, valorizzando il proprio apporto professionale. Per ogni possibile analoga situazione deve essere posta particolare attenzione riguardo alla individuazione delle più appropriate modalità per avvalersi di tali risorse umane, valorizzandole al meglio anche attraverso il supporto della prestazione lavorativa da remoto. Sarà necessario fornire le necessarie dotazioni informatiche, così come programmare percorsi formativi e/o di aggiornamento e definire sistemi di rilevazione della performance individuale, adeguatamente calibrati per garantire omogenee modalità di valutazione tra lavoratori in presenza e in lavoro agile. Il CUG intende partecipare attivamente alla realizzazione di tale processo.
5. Relativamente alla formazione sono stati individuati alcuni moduli, appositamente strutturati per i componenti dei CUG, ad es. il corso FORMEL dal titolo " Il CUG e il PTAP ", realizzato in modalità Webinar e per il quale si intende chiedere adeguata copertura dei costi.

3.1.4. - Obiettivi relativi alla valutazione partecipativa

La valutazione partecipativa è una forma di valutazione della performance che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazioni e cittadini. L'Azienda è stata, negli anni precedenti, impegnata nel progetto regionale "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" riportato nel BOX 2.

BOX 2 - LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

Il progetto regionale "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" inserito nella Ricerca autofinanziata 2015 promossa da Agenas ha previsto nell'anno 2017 la rilevazione nei Presidi Ospedalieri Aziendali della presenza di una serie di requisiti dell'area di umanizzazione.

La rilevazione degli item di tale check list è stata effettuata da un'équipe mista locale (individuata con la delibera aziendale n.225 del 10/04/17) composta da una componente aziendale (comprendente anche personale dell'U.O. Qualità) e componente civica.

Nell'anno 2018 l'Assessorato della Salute ha richiesto, con la nota DASOE/8 n. 33160 del 27/4/2018 e con l'allegato "Documento di indirizzo per la predisposizione ed il monitoraggio dei Piani di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", di predisporre un piano di miglioramento per gli item della check list che non risultavano pienamente soddisfatti. L'U.O. Qualità ha partecipato insieme all'équipe mista locale e ai Presidi Ospedalieri al percorso previsto dall'Assessorato che ha condotto all'identificazione degli item su cui predisporre i piani di miglioramento e successivamente alla approvazione di questi ultimi da parte della Direzione Aziendale e alla loro pubblicazione sul sito aziendale:

(www.asppalermo.org/pagina.asp?ID=485).

Tuttavia, a causa della pandemia per Covid 19, negli ultimi 2 anni il progetto è stato accantonato in attesa di una ripresa a pieno ritmo dell'attività.

3.1.5. - Obiettivi relativi all'Empowerment del paziente

L'attenzione al tema, già introdotto nel 2019, continua nel presente Piano sia per quanto riguarda i Distretti sanitari che le UU.OO. ospedaliere ove possono essere ricoverati pazienti cronici. Tutto questo ha avuto una battuta d'arresto a causa della pandemia da Covid 19; i pazienti cronici hanno dovuto rallentare le loro cure ma hanno comunque avuta garantita l'assistenza necessaria anche se in forma ridotta.

Altra situazione è affermata dai no vax, infatti i non vaccinati intasano gli ospedali e le terapie intensive. La popolazione quindi soffre di disuguaglianze in quanto pazienti che avrebbero bisogno di cure (ad es. malati oncologici) rischiano la vita a causa di "idealismi irrazionali". Anche gli screening sono diminuiti almeno del 20% e difficilmente si potranno recuperare.

L'analisi delle motivazioni che hanno portato all'introduzione degli obiettivi correlati è riportata nel BOX 3:

BOX 3 – EMPOWERMENT DEL PAZIENTE

Distretti sanitari

Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. L'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Naturalmente durante l'anno 2020/21 le visite ed i controlli si sono ridotti ed hanno prevalso fundamentalmente le urgenze.

Un prerequisito comunque, per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi.

Presidi Ospedalieri

Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Purtroppo però loro hanno subito una forte battuta d'arresto in quanto molti posti letto sono stati utilizzati da pazienti Covid.

Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, anche in questo caso, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.

Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".

3.1.6. - Obiettivi dell'Area Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro

Gli obiettivi di questa area si riferiscono in sintesi allo sviluppo delle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione, agli screening e al Piano attuativo aziendale, inseriti negli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi.

Inoltre, per il miglioramento delle percentuali di adesione per le tre linee di screening oncologici (ca mammella, ca cervice uterina, ca colon retto) secondo i valori target definiti negli Obiettivi di salute e funzionamento dell'Assessorato della salute, si è proceduto all'inserimento nel presente Piano di un set di indicatori di processo a seguito di un'analisi approfondita della situazione aziendale come riportato nel BOX 4. Tuttavia, abbiamo più volte sottolineato, nel presente documento, che per ragioni legate alla pandemia,

gli screening sono stati decisamente minori, meno gente invitata a partecipare alla campagna di prevenzione .

BOX 4 - SCREENING

Seguendo le indicazioni contenute nella nota n.12/OIV del 4/11/2019, relativa al monitoraggio dell'avvio del ciclo della performance, si è proceduto alla disamina delle criticità in grado di ostacolare o rallentare il raggiungimento degli obiettivi di salute assegnati dall'Assessorato, cercando di individuare, sebbene in maniera non esaustiva, considerate la vastità e la complessità delle attività condotte, i principali "interventi su cui centrare gli obiettivi". Gli Screening oncologici sono interventi di salute pubblica high value, efficaci nel ridurre la mortalità e l'incidenza tumore specifica, e per questo posti tra i Livelli Essenziali di Assistenza. Sono percorsi di qualità dove è essenziale che sia garantita la massima appropriatezza delle azioni e la partecipazione più ampia possibile della popolazione. Tale partecipazione (adesione) è ottenuta tramite continue azioni di miglioramento dei processi miranti all'attrattività delle prestazioni sanitarie proposte, anche in considerazione del fatto che sono rivolte a popolazione asintomatica che aderisce sulla base di complesse dinamiche di natura sociale e culturale, solo parzialmente influenzabili. I Gruppi scientifici nazionali di riferimento, GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico), GISCI (Gruppo Italiano Screening Cervicocarcinoma) e GISCoR (Gruppo Italiano Screening ColonRetto) sotto l'egida dell'Osservatorio Nazionale Screening, organo tecnico del Ministero della Salute, si sono dotati di appositi manuali contenenti gli indicatori di processo e gli standard di qualità a supporto delle verifiche di correttezza e appropriatezza delle azioni proprie dei rispettivi PDTA. I manuali sono consultabili agli indirizzi:

<http://www.ispo.toscana.it/sites/default/files/Documenti/raccomandazioni/IndicatorP/020mammella.pdf>

<http://www.ispatoscana.it/sites/default/files/Documenti/raccomandazioni/Indicatori%20colon.pdf>

http://gisci.it/documenti/documenti_gisci/HPV-indicatori-GISCI-2016.pdf

<http://www.gisci.it/toolbox-implementazione-hpv-primario>

Infine, si torna a rimarcare che la partecipazione consapevole agli screening oncologici da parte della popolazione, è un fenomeno complesso e articolato, dipendente da numerosi fattori sociali non del tutto controllabili, e che necessitano di azioni prolungate e costanti nel tempo di promozione della qualità percepita e di empowerment del cittadino, abitualmente efficaci nel medio-lungo periodo. Pertanto gli obiettivi proposti, sebbene ritenuti basilari, potrebbero avere un effetto limitato nel breve periodo, nell'incrementare l'indicatore relativo al tasso di adesione.

Purtroppo da marzo 2020, non è stato possibile garantire i livelli raggiunti fino a quel momento in quanto con l'inaspettato ed imprevedibile arrivo della pandemia da Covid 19, non è stato possibile proseguire con gli inviti alla popolazione per effettuare gli screening oncologici; solo adesso si è cercato di riprendere una certa regolare attività. Va da sé che la popolazione ha risentito di questa battuta di arresto e l'Azienda spera di recuperare in parte il ritardo che si è avuto vista l'importanza dell'argomento in termini di prevenzione e sanità pubblica.

3.1.7. - Obiettivi dell'Area Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPIA

Gli obiettivi relativi all'Area della Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, trovano poco riscontro negli obiettivi di salute e funzionamento e, pertanto, sono stati implementati a seguito di una analisi aziendale con riguardo a tematiche particolarmente delicate riferite a pazienti fragili e analizzate nel BOX 5. Anche questa categoria di pazienti fragili ha subito, in certi casi, uno stop delle loro cure. L'attenzione si è soffermata maggiormente sulla "protezione" di questi pazienti in modo da non incorrere in patologie che avrebbero compromesso la loro salute.

BOX 5 – SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NPI

- Revisione Protocollo per la Contenzione in SPDC: La contenzione si attua in SPDC quando sussiste il pericolo di agiti violenti auto ed eterodiretti. E' da considerarsi un intervento assistenziale eccezionale in quanto fortemente restrittivo della libert  individuale. Tale problematica non pu  essere gestita solo nel momento dell'acuzie ma attraverso anche una intensa operazione di prevenzione. Pertanto, lo scopo   quello di dotarsi di un protocollo condiviso fra gli operatori, costantemente aggiornato, che consenta l'applicazione della migliore qualit  esigibile relativamente all'assistenza di persone con condizioni psicopatologiche gravi;

- Continuit  della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalit "): lo scopo   la presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo;

- Revisione procedura aziendale "Prevenzione del suicidio in ospedale": Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella rilevante, come dimostrato anche dai dati internazionali e, pertanto,   necessario che negli ospedali vengano adottati strumenti e misure idonee di prevenzione. L'evento suicidio va considerato un fenomeno generale e non solo ospedaliero. Tuttavia va tenuto presente che l'ospedale pu  essere il luogo in cui un paziente decide di suicidarsi. Pertanto, lo scopo   quello di dotarsi di una procedura aggiornata che riguarda tutti i pazienti che si rivolgono all'ospedale per diagnosi e cura. Il suicidio pu  avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a maggiore rischio le aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unit  Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonch  gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio;

- Monitoraggio procedura aziendale "Prevenzione e Gestione delle cadute della persona assistita": Le cadute rientrano tra gli eventi avversi pi  frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane e/o fragili presentano un maggior rischio di caduta. Pertanto, la procedura aziendale relativa e il suo monitoraggio si pone come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie, della compressione del rischio di tale evento, della appropriata ed efficace gestione del paziente a seguito di caduta;

- Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP: Uno degli aspetti pi  «rivoluzionari» della Legge 81/2014 non   soltanto la chiusura fisica degli OPG (Ospedale psichiatrico giudiziario) quanto il ritenere che anche le strutture che prendono il loro posto cio  le REMS (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) siano da considerare luoghi da «utilizzare» in via eccezionale ritenendo possibile, quindi, soluzioni alternative individualizzate (PTI) anche in presenza di pericolosit  sociale;

Miglioramento dell'attivit  assistenziale in SPDC: Lo scopo passa attraverso l'elaborazione ed implementazione di procedura condivise:

- ✓ il Percorso del paziente con integrazione SPDC/servizi Territoriali/strutture riabilitative;
- ✓ l'uniformit  delle procedure assistenziali nei SERT.;
- ✓ consulenze specialistiche dei pazienti ricoverati in SPDC.

Nonch  di una relazione relativa ai seguenti ambiti:

- ✓ Valutazione appropriatezza del setting assistenziale (assistenza ambulatoriale, residenziale, CTA, SPDC)
- ✓ Monitoraggio effetti collaterali dei farmaci.
- ✓ Attivazione della NEWS.
- ✓ Piano di sorveglianza quotidiana personalizzato per i degenti"

- Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo: lo scopo   quello di delineare percorsi diagnostici e riabilitativi che si uniformino a principi e linee-guida largamente condivisi dalla comunit  scientifica nazionale ed internazionale, attuare nell'ambito della nostra ASP conformemente a quanto accade nel territorio regionale, che in atto risulta carente, sia in merito alla capacit  di rilevare il "bisogno" dell'utenza specifica, che in merito all'"offerta" di idonei protocolli diagnostici e riabilitativi.

- Disturbi specifici di apprendimento (DSA). Applicazione L. 170/2010: La legge 170 tutela il diritto allo studio dei ragazzi dislessici e d  alla scuola un'opportunit  per riflettere sulle metodologie da mettere in atto per favorire tutti gli studenti, dando spazio al loro vero potenziale in base alle loro peculiarit . Pertanto, la UOC di NPIA deve rispondere con puntualit  alle segnalazioni da parte delle scuole di alunni con sospetto DSA, valutando e verificando la diagnosi .

Anche per il paziente psichiatrico, il Covid 19 ha portato degli scombussolamenti in quanto inevitabilmente la presenza del personale con mascherina o l'"obbligo" della mascherina per il paziente ha portato ad un maggiore disorientamento. Particolare cautela ci deve essere nell'approccio ad un paziente in stato di agitazione e/o con comportamenti aggressivi durante la degenza ospedaliera o in Pronto Soccorso; occorre un livello di protezione

maggiore da parte degli operatori (mascherina FFP2/3, camice monouso, visiera,..) che può agire da trigger con i pazienti e quindi devono essere messe in atto tutte le possibili strategie di rassicurazione e di de-escalation in modo tempestivo e generalizzato (*Indicaz. Ministero della Salute n.0014314 del 23/04/2020*).

Nei confronti di tutti i pazienti ricoverati va effettuata un'attività di informazione relativamente al rispetto rigoroso delle norme di prevenzione (*Indicaz. Ministero della Salute n.0014314 del 23/04/2020*).

Va attuata una sorveglianza sanitaria giornaliera dei pazienti ricoverati in SPDC attraverso la rilevazione della temperatura corporea e della presenza di sintomi imputabili al Covid 19.

3.1.8. - Obiettivi dell'Area Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale

Gli obiettivi relativi all'Area Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale si riferiscono per la maggior parte agli obiettivi di salute e funzionamento.

In particolare, per l'obiettivo relativo agli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa, nel presente Piano è stato inserito un set di obiettivi/indicatori finalizzati all'analisi delle criticità e alle azioni di miglioramento per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, riportato nel BOX 6.

La restrizione dell'accesso ai servizi di ricovero, ambulatoriali e di screening, non urgenti o differibili, causata dalla ingravescente diffusione dell'epidemia da Virus SARS COV 2, sta determinando un eccessivo allungamento delle liste di attesa, che rischia di compromettere le prognosi dei pazienti affetti da patologie non COVID 19, e di determinare un grave peggioramento dei principali indicatori di esito, costituendo una grave minaccia per il SSR.

Per tale motivo, nonostante l'attuale recrudescenza del quadro epidemico, il recupero delle prestazioni non erogate ed appropriate rappresenta una priorità di salute pubblica che richiede l'individuazione di nuove strategie e l'attivazione di misure straordinarie, da integrare agli interventi già previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019 - 2021, ferma restando l'assoluta necessità di dover continuare a garantire, nel piano emergenziale di rimodulazione dell'offerta, la rigorosa applicazione di tutte le misure di prevenzione e controllo SARS-COV-2 previste dalle norme nazionali e regionali.

A tal fine, L'Assessorato Regionale della Salute, con DA 26/10/2020 ha approvato il Piano operativo per il recupero delle liste di attesa della Regione siciliana previsto dall'art. 29, comma 9, del D.L. n. 104 del 2020, convertito con legge n.126 del 2020, mentre il Piano Operativo Aziendale è in fase di definizione.

BOX 6 – PRGLA / PORLA

Per l'attuazione interventi per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale sono stati previsti i seguenti obiettivi:

- Monitoraggio della congruenza fra prestazioni prenotabili e prestazioni prenotate prendendo in considerazione le ore attivate con le conseguenti azioni correttive di miglioramento
- Rimodulazione dell'offerta. Al fine di garantire un sistema di offerta congruo con i comportamenti dell'utenza, è

necessario prevedere un piano di revisione dell'offerta stessa sulla base delle informazioni dedotte dal sistema di monitoraggio e da analisi mirate sul livello di efficienza delle singole agende

- Verifica dell'appropriatezza delle richieste delle prestazioni specialistiche con il coinvolgimento dei MMG in ogni Distretto di pertinenza;
- Monitoraggio di eventuali inefficienze o ritardi organizzativi negli ambulatori specialistici.
- Puntualità della trasmissione dei dati trimestrali alla UOC Cure Primarie
- Azioni specifiche per il governo del fenomeno della ""prestazione non eseguita"" per mancata presentazione dell'utente. In particolare bisogna verificare per ciascuna agenda quale sia il ""tasso di non presentazione -drop out-"" rispetto al piano di lavoro, al fine di individuare situazioni in cui sia necessario riprogrammare l'offerta in modo da superare casi di maggiore criticità. Tale rimodulazione include il ricorso all'overbooking e/o possibili riconfigurazioni delle sessioni ambulatoriali attraverso l'individuazione di soluzioni adeguate in risposta alle criticità riscontrate (concentrazioni di un numero identico di prestazioni garantite in più sessioni in un'unica sessione, raggruppamento di prestazioni nei giorni della settimana caratterizzati da un minor tasso di non presentazione, ecc)."
- Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)

Per quanto riguarda il Piano Operativo Aziendale per il recupero delle liste di attesa, questo prevedrà obiettivi relativi a:

- numero di prestazioni recuperate specificando setting assistenziale (ricovero, ambulatoriale, screening), priorità cliniche, tipologia di prestazione.
- interventi del PRGLA per il governo della domanda e/o dello offerta attuati o potenziati
- misure straordinarie ex art. 29 D.L. 104/2020 utilizzate:
 - prestazioni aggiuntive articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza dipendente del Servizio sanitario nazionale,
 - prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale
 - assunzioni a tempo determinato di personale
 - incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna,
 - incremento dei tetti di spesa vigenti per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati (2 per cento).
- costi sostenuti rispetto a quanto prospettato nel piano finanziario del Piano operativo aziendale di recupero delle liste

Le malattie croniche e soprattutto le relative complicanze assorbono, nei Paesi Occidentali, l'80% - 85% dei costi sanitari e, come evidenzia l'OMS, provocano l'86% dei morti. Il SSN, il SSR e le Aziende Sanitarie sono chiamate a definire un piano delle priorità capace di assicurare il miglioramento degli esiti delle cure oltre al contenimento dei costi. L'ASP di Palermo ha costituito un apposito gruppo di lavoro interdisciplinare per l'attivazione del percorso informatizzato del paziente affetto da patologia cronica e/o cronica-degenerativa. Pertanto gli obiettivi relativi a tale ambito, riportati nel BOX 7 potranno essere soggetti a rimodulazione in esito allo sviluppo dell'analisi in corso.

BOX 7 - PERCORSI ASSISTENZIALI PER PAZIENTI CON PATOLOGIE CRONICHE

Il miglioramento dell'integrazione tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere nell'ambito delle patologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva), passa attraverso il consolidamento e il monitoraggio della dimissione facilitata che ha presentato negli anni passati un comportamento disomogeneo tra i vari distretti. Le patologie oggetto dell'obiettivo sono patologie croniche la cui presa in carico dalle strutture territoriali può ridurre le fasi di scompenso e riacutizzazione e quindi migliorare l'outcome e ridurre il ricorso a ricoveri ripetuti. L'obiettivo perseguito dai distretti sanitari aziendali per migliorare l'integrazione ospedale-territorio per le patologie croniche target è rappresentato dalle segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata da parte dei Presidi ospedalieri aziendali ed extra-aziendali, per i quali si effettua da parte dello sportello del paziente cronico del distretto il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica, al fine di attivare la presa in carico territoriale.

3.1.9. - Obiettivi dell'Area Integrazione socio-sanitaria

Per l'area integrazione socio-sanitaria, oltre ad aver attribuito gli obiettivi di PAA dell'Area 3 di competenza, sono stati elaborati, in continuità con il 2021, obiettivi annuali con riferimento alla presa in carico dei pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio e Residenza sanitaria assistita-territorio, come da analisi riportata nel BOX 8.

BOX 8 – INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'UOC integrazione sociosanitaria ha quale obiettivo di rilievo e comune a tutte le attività proprie della UOC quello di ottimizzare i percorsi di cura nel campo della "fragilità" in senso lato e della "non autosufficienza" in particolare. A tal fine, il percorso di Integrazione Ospedale-Territorio attualmente esistente nell'ASP di Palermo con il circuito "Dimissioni Protette e Facilitate" migliora e ottimizza l'assistenza al paziente, in relazione ai suoi bisogni ed al tipo di patologia, nel passaggio dalla fase acuta (ospedalizzazione) alla fase sub-acuta e/o cronica (domicilio, rete dei servizi socio-sanitari). Tale modello persegue varie finalità, quali:

- ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto ed evitando ospedalizzazioni protratte;
- utilizzare al meglio le risorse esistenti all'interno del sistema Ospedale-Territorio e favorire un più congruo utilizzo dell'Assistenza territoriale (ADI, RSA, Hospice);
- permettere una maggiore conoscenza dell'offerta di prestazioni socio-sanitarie ed un miglior utilizzo dei percorsi in relazione ai bisogni;
- diffondere la cultura dell'approccio "olistico" al paziente secondo il modello biopsico-sociale e della valutazione multidimensionale;
- promuovere modalità di educazione alla salute nei pazienti e nei loro familiari incoraggiando un loro ruolo partecipativo anche nella erogazione dell'assistenza;
- creare un punto unico di riferimento per le Dimissioni Ospedaliere che consenta di realizzare il collegamento fra le UU.OO. ospedaliere, i Distretti/PTA, le UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) le strutture residenziali e semiresidenziali, i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) ed i Servizi Sociali del Comune. Tale compito investe ben 14 Uffici Territoriali operanti in ogni presidio Ospedaliero dell'ASP e delle Aziende Ospedaliere limitrofe collegati con le 14 UVM dei PTA/Distretti dell'ASP ivi incluse le attività di programmazione, coordinamento e verifica della UOC, secondo il modello "a rete" dell'assistenza territoriale dell'ASP.

Ancora più evidente è stata dai primi mesi dell'anno la difficoltà per questo tipo di attività con l'arrivo della pandemia. Inevitabilmente c'è stata una battuta d'arresto nell'organizzazione, nell'assistenza e nel facilitare il percorso per questi pazienti fragili.

3.1.10. - Obiettivi dell'Area Assistenza Ospedaliera

Per la definizione degli obiettivi annuali 2021 dell'area ospedaliera, oltre alla declinazione degli obiettivi di salute e funzionamento (Screening, Esiti, Liste d'attesa, Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita, Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento, Donazione organi, Prescrizione in modalità dematerializzata, Fascicolo Sanitario Elettronico, PAA), si è proceduto nel 2019 a una approfondita analisi degli indicatori di attività e delle criticità nelle UU.OO. ospedaliere per l'individuazione di obiettivi di miglioramento come riportato nel BOX 9. Tali indicatori rimangono validi anche per il 2020.

BOX 9 – AREA OSPEDALIERA

In generale le dimensioni del miglioramento per le quali sono stati individuati obiettivi/indicatori/target sono tre:

- Miglioramento o mantenimento dei livelli di attività: degenza media, tasso di occupazione, peso medio DRG personalizzati per ciascuna struttura;

- Miglioramento dell'attività assistenziale attraverso:

per le UO di degenza

✓ Elaborazione ed implementazione di una 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.

✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina.

✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva

✓ Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana;

✓ Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario;

✓ Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera

per le UO di pronto soccorso

✓ Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore

✓ Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore

✓ Dimissioni verso strutture ambulatoriali

✓ Riduzione delle consulenze per paziente

✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia.

- Miglioramento organizzativo degenza attraverso:

✓ Individuazione di modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi;

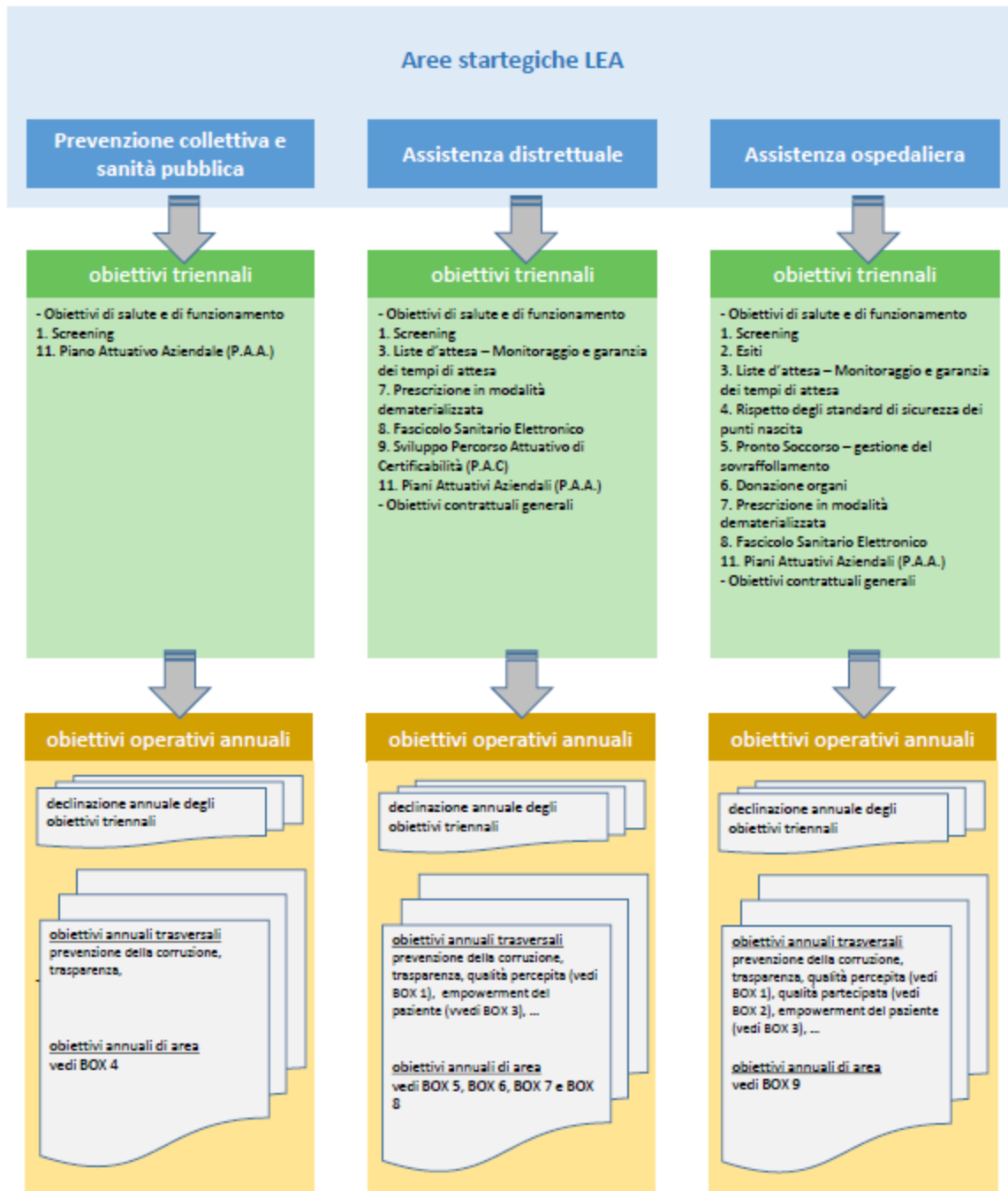
✓ Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio;

✓ Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate;

✓ Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12.

3.2. L'albero della performance

Si riporta di seguito di seguito *L'ALBERO DELLA PERFORMANCE* che rappresenta graficamente in maniera sintetica le aree strategiche, gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi.



➤ SEZIONE 4 – DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

4.1. La performance individuale

Il sistema di valutazione della performance è quello previsto dal decreto “Brunetta” (D.Lgs.n.150/2009 come modificato dal D.Lgs. n.74 del 25/05/2017) e dalle Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica:

- Linee guida per il Piano della performance dei Ministeri
- Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale

che prevedono la valutazione della “performance organizzativa” conseguita dalle strutture e della “performance individuale” collegata al personale del comparto e della dirigenza e la correlazione tra risultati e riconoscimento economico.

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

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

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

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

Per quanto riguarda le schede di valutazione individuale, i criteri sono distinti per i Direttori di macrostruttura e di UOC, i Dirigenti responsabili di UOS e Professional, e il Personale del Comparto. Le schede sono riportate nell’**allegato 1** al presente Piano.

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

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

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

4.2. Il percorso di traduzione dalla performance organizzativa all'individuale

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

Ciò consente di:

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

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

Responsabilità/compiti individuali.

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

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

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

Nel presente Piano, considerata la complessità dell’organizzazione aziendale, non si riportano gli obiettivi individuali assegnati a tutto il personale del comparto e della dirigenza, ma solo quelli dei Direttori delle macrostrutture e dei Direttori di UOC, con la precisazione che gli “specifici obiettivi di performance relativa all’ambito organizzativo di diretta responsabilità” previsti nelle schede di valutazione individuale coincidono con gli obiettivi operativi per l’anno 2022 e le relative schede di budget riportati nell’**allegato 5**.

Allegato 1 - Le schede di valutazione individuale

**Allegato 2 - Obiettivi di Salute e di Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019-2020”
(documento dell’Assessorato Regionale della Salute)**

**Allegato 3 - Obiettivi Contrattuali di Salute e di Funzionamento 2019-2020 e Obiettivi Contrattuali
Generali 2019-2021 e matrice di assegnazione (documento aziendale di assegnazione degli
obiettivi alle strutture aziendali)**

Allegato 4 - Scheda degli obiettivi specifici triennali.

Allegato 5 - Gli obiettivi operativi e le schede di budget anno 2022

LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

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

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

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

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

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

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

CALCOLO PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

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

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 60/100

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

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

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

Punteggio area A

0,00

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

AREA B - peso 25/100

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

AREA C - peso 15/100

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

Scheda di valutazione anno _____

Area Dirigenza

Dirigenti con incarico *professional* o di Responsabile UOS

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

Assegnazione degli obiettivi in data ____/____/____

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

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

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

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

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

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

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

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 55/100

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

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

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

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 30/100

Comportamenti generali

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

Competenze professionali e manageriali

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

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 15/100

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

Scheda di valutazione anno _____
Area Comparto

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

Assegnazione degli obiettivi in data ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

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

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

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

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

Timbro e firma del Responsabile UOS _____

Timbro e firma del Direttore UOC/Macrostruttura _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 30/100

Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo

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

Punteggio area A

0,00

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

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 50/100

Comportamenti generali e competenze professionali

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

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 20/100

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

Allegato 2 - Obiettivi di Salute e di Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019-2020
(documento dell'Assessorato Regionale della Salute)

ALLEGATO 2

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

(documento dell'Assessorato Regionale della Salute)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBIETTIVO 1: Screening	
Referente obiettivo: DASOE - U.O. 9.2	
DESCRIZIONE	<p>Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.</p> <p>Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).</p> <p>I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colonretto, 60% per il tumore della mammella.</p> <p>Per calcolare la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle ASP sarà utilizzato l'indicatore della griglia LEA«n. di test eseguiti/popolazione target», che tiene conto sia dell'estensione che dell'adesione.</p> <p>Nel caso delle AO (come pure delle ASP) sarà utilizzato l'adempimento alle prescrizioni della Circolare n. 5 del 16.3.2016e della Circolare n. 18 del 4.10.2018, nonché del Piano Regionale Della Prevenzione.</p>
PUNTEGGIO ASP e AO	<p>9 PUNTI (3 per ogni screening) per le ASP</p> <p>3 PUNTI (1 per ogni screening) per le AO</p>
NOTA	<p>Per il calcolo della popolazione target si fa riferimento al dato ISTAT, diviso 3 per il tumore della cervice uterina, e diviso 2 per il tumore della mammella e del colon retto.</p>

OBIETTIVO 1: Screening oncologici

Referente obiettivo: DASOE - U.O. 9.2

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

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

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

INDICATORI

ASP

L'indicatore di risultato, per ciascuno dei 3 screening, è il numero di persone che hanno effettivamente eseguito il test in rapporto alla popolazione target annuale (tutti quelli che avrebbero dovuto eseguirlo), cioè n. test/popolazione target annuale (indicatore LEA).

La popolazione target annuale è:

- per lo screening del cervicocarcinoma, donne residenti 25-64 anni (dato ISTAT) / 3 (il test va fatto ogni 3 anni);
- per lo screening del tumore della mammella, donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2 anni);
- per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2 anni).

Dalla popolazione target possono essere sottratte le persone con motivi, certificati dal MMG o eventualmente dai Registri Tumori, di esclusione:

- per lo screening del cervicocarcinoma, donne isterectomizzate o con diagnosi di cervicocarcinoma da meno di 5 anni;
- per lo screening del tumore della mammella, donne con mastectomia totale o con diagnosi di tumore della mammella da meno di 5 anni;
- per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne con malattia infiammatoria del colon (M. di Chron e rettocolite ulcerosa), con colectomia totale o con diagnosi di tumore del colonretto da meno di 5 anni.

Oltre all'obiettivo di risultato vanno raggiunti anche gli obiettivi di processo contenuti nel **Piano Regionale della Prevenzione** e nelle **Circolari** citate:

- Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP (SI/NO)

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

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

OBIETTIVO 2: Esiti	
Referente Assessorato	DASOE – Servizio 9
DESCRIZIONE	<p>La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione a partire dagli anni 2011 di obiettivi operativi misurabili tramite indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE). Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il periodo in esame di continuare ad impiegare i quattro sub obiettivi utilizzati in precedenza</p> <p>2.1 Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore <i>over</i> 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;</p> <p>2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;</p> <p>2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;</p> <p>2.4 Colectomia laparoscopica: proporzione di colecistomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.</p>
PUNTEGGIO ASP e AO	20 (5 per ogni sub obiettivo)

SUB-OBIETTIVI E INDICATORI

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

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9

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

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

INDICATORE	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65** (compresi quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico). (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 94,3%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono che l'intervento per frattura del collo del femore avvenga entro 48h dall'arrivo in presidio. Per il periodo in esame si continua a fare ricorso all'indicatore proxy <i>intervallo 0-2 giorni</i> in quanto il flusso informativo SDO non presenta caratteristiche di validità tali da rilevare l'informazione sul tempo espresso in minuti.

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

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.1

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

- Definizione

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

- Fonti informative

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

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

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

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

Criteri di esclusione

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

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

Interventi in studio

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

Definizione di esito

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

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche"

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

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

SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	
Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9	
La Regione Siciliana è riuscita nell'ultimo quinquennio a ridurre significativamente il ricorso alla procedura di Taglio cesareo al fine di rendere sempre più appropriata e allineata a parametri e evidenze nazionali e internazionali la pratica clinica di assistenza riferita al momento del parto.	
INDICATORE	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti anno = massimo 15% Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti anno = massimo 25%
SCALA	IL raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale dell'anno precedente rispettivamente : (26%/ e 28%) per ciascuno dei due livelli/soglia individuati e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Nel caso in cui le AO e le ASP abbiano sia maternità di I livello che maternità di II livello, il punteggio complessivo sarà applicato proporzionalmente al peso dei due differenti strati.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di <i>auditing</i> da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute). Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.2

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

- *Definizione*

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

- *Numeratore*

Numero di parti cesarei primari.

- *Denominatore*

Numero totale di parti con nessun pregresso cesareo.

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

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

- *Fonti informative*

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

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

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

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

Criteri di esclusione

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

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

Definizione dell'esito

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

Identificazione di potenziali fattori di rischio per il cesareo

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

Tra i potenziali fattori di rischio sono presi in considerazione:

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

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

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

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

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

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

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

SUB-OBIETTIVO 2.3.1 : Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	
Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9	
<p>La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio.</p> <p>Quale indicatore è stato individuato, in coerenza con i programmi nazionali di monitoraggio, la percentuale di P.T.C.A. effettuate nel giorno successivo a quello del ricovero (data di ricovero) con diagnosi certa di I.M.A. STEMI (quindi entro un intervallo massimo ricovero/intervento di 0-1 giorno).</p>	
INDICATORE	<p>PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno* (cfr. note) dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI** diagnosticati***</p> <p>(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)</p>
VALORE OBIETTIVO	Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 91,8%
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p>
TRACKING	<p>Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.</p>
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	<p>*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono l'esecuzione della procedura PTCA sui casi di IMA-STEMI entro 90 minuti. Tuttavia poiché il flusso informativo SDO non consente per caratteristiche di completezza non ancora validate informazioni sul tempo espresso in minuti, si continua a fare ricorso all'indicatore proxy <i>intervallo 0-1 giorno</i>.</p> <p>***Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).</p>

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

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.3.1

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

- Definizione

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

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

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

- Numeratore

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

- Denominatore

Numero di episodi di STEMI.

- Fonti informative

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

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

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

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

Codice ICD-9-CM

411
413
414
423.0

Condizione

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

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

Criteria consecutivi di esclusione

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

Definizione ed attribuzione dell'esito

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

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

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

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

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

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

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 9

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

INDICATORE	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	Media delle migliori 10 strutture in Italia Fonte PNE 2017:95,3%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 70%. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute). Per le AO l'obiettivo è calcolato in base ai pazienti assistiti (logica di produzione)

ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.4

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE 3 GIORNI

PROTOCOLLO OPERATIVO

- Definizione

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

- Numeratore

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

- Denominatore

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.

- Fonti informative

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

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

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

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

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

Criteri di esclusione

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

Codice ICD-9-CMprocedura

Descrizione

Interventi sullo stomaco

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

Interventi su duodeno e intestino tenue

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

Interventi sul fegato

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

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

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

Definizione dell'esito

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

Definizione della gravità clinica della colelitiasi

La gravità clinica della colelitiasi è suddivisa in 4 categorie:

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

Codice ICD-9-CM diagnosi

Descrizione

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

B. Calcolosi con colecistite senza ostruzione

Codice ICD-9-CM diagnosi

Descrizione

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

C. Calcolosi con complicanza ostruttiva senza colecistite

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

D. Calcolosi con complicanza sia infiammatoria sia ostruttiva

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

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

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti “croniche” e di condizioni di rischio

aggiuntivo/fattori protettivi

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

1) COMORBILITÀ

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

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

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

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

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

OBIETTIVO 3 : Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 8

La Regione Siciliana provvederà ad adottare il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (**PRGLA**) entro 60 giorni dalla stipula dell’Intesa Stato Regioni sul Piano Nazionale Governo delle Liste d’Attesa 2019-2021 (**PNGLA**). Entro 60 giorni dall’adozione del PRGLA, le Aziende Sanitarie provvederanno ad adottare i propri **Programmi Attuativi Aziendali**, in coerenza con quanto definito in ambito regionale.

Attraverso questo obiettivo l’Assessorato della Salute effettuerà il monitoraggio della garanzia dei tempi di attesa e degli interventi attuati dalle Aziende Sanitarie nell’ambito Programma Attuativo Aziendale.

Nel PRGLA saranno considerati i seguenti monitoraggi:

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

INDICATORI	Gli indicatori per la valutazione dell’obiettivo saranno riportati nel PRGLA 2019-2021 nella sezione dedicata.
VALORI OBIETTIVO	Come sopra i valori obiettivo saranno riportati nel PRGLA 2019-2021 nella sezione dedicata.
SCALA	Come sopra sarà riportata nel PRGLA 2019-2021.
TRACKING	- Monitoraggio intermedio ed a fine mandato
PUNTEGGIO	10

OBIETTIVO 4 : *garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR*

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 8

L'obiettivo viene declinato in due sub obiettivi:

4.1) Punti nascita

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

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

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

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

a) nei PN senza UTIN

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

b) nei PN con UTIN

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

<p>INDICATORI</p>	<p>4.1) Punti nascita Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist</p> <p>Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore 1 Costituisce pre-requisito l'obbligatorietà dei requisiti relativi alla presenza del personale ostetrico, ginecologico, della guardia attiva H24 anestesiologicala e pediatrico/neonatalogica H24, della garanzia degli esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24 e della presenza di una sala operatoria che deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto</p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>4.2.1) Nei PN senza (TIN): 4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Numeratore: neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Denominatore: totale neonati ricoverati</p> <p>4.2.2) Nei PN (con TIN): 4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI <i>[Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 - Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73] <p>4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). Numeratore: Numero neonati direttamente dimessi (modalità dimissione: codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da TIN (Cod. 73) Denominatore: Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod.73) al netto dei deceduti (modalità dimissione: codice 1)</p>
<p>VALORI OBIETTIVO</p>	<p>4.1) Punti nascita</p> <p>Livello I - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 100% Soddisfacimento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>Livello II - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 90% Soddisfacimento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>Livello III - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 75% Soddisfacimento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>4.2.1.1)0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>4.2.1.2)< 8% (Fonte SDO)</p> <p>4.2.2.1) SI</p> <p><i>[Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 - Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 - Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73]

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

Allegati:

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

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

INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

Standard Operativi

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

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

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

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

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

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

Standard di Sicurezza

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

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

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

Standard Tecnologici

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

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

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

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

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

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

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

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

Area neonatale

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

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

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

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

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

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

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

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

Standard Operativi

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

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

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



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

Standard di Sicurezza

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

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

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

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

Standard Tecnologici

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

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

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

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

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

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

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

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

Standard Operativi:

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

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

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

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

Standard di sicurezza

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

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

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

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

Standard tecnologici

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Standard Operativi

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

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

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

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

Standard di Sicurezza

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

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

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

Standard Tecnologici

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

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

Isola neonatale: come I livello

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

Tabella c) Area degenza terapia intensiva – subintensiva:

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

OBIETTIVO 5: Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento

Referente obiettivo: DASOE -Servizio 8

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	<p>B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive</p> <p>Saranno altresì considerati come indicatori di processo gli adempimenti al D.A. 1584/2018, quali il</p> <ul style="list-style-type: none"> - il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento (Azione 1); - l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento (Azione 2); - l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento (Azione 3); - la relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori (Azione 4);
<p>INDICATORI</p>	<p>Indicatore A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa(outcome)</p> $Efficienza operativa (t) = Eff(t) = \frac{n. pz con permanenze > 24 ore al PS al tempo t}{n. pz con permanenze < 24 ore al PS al tempo t} = \frac{K2(t)+K3(t)}{K1(t)}$ <p>[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19]</p> <p>L'indicatore sarà calcolato considerando le misurazioni di K1, K2 e K3 alle ore 6:00 di ogni giorno nel 2019 (dalla data di conferimento degli obiettivi), nel 2020 e nel 2021.</p> <p>Sulla base dei risultati del 2019 l'Assessorato si riserverà tramite apposita direttiva di apportare modificare sul calcolo dell'indicatore qualora dovessero emergere criticità.</p> <p>Indicatore B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)</p> <p>Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>

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

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

OBIETTIVO 6: DONAZIONE ORGANI E TESSUTI

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 6

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

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

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

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

<p>INDICATORE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020) (PESO 10%) 2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2018. (PESO 30%) 3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%) 4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%) 5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)
<p>VALORI OBIETTIVO e SCALA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI / NO 2. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se l'incremento del numero di accertamenti dell'anno 2019 sarà pari o superiore al 20% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di accertamenti 2019 sarà non inferiore al 15%. L'obiettivo sarà raggiunto all'50% se l'incremento del numeri di accertamenti 2019 sarà non inferiore al 10%. L'obiettivo sarà considerato non



	<p>raggiunto se l'incremento registrato nell'anno 2019 sarà inferiore al 10%.</p> <p>3. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se, nell'anno 2019, il tasso di opposizione sarà non superiore al 38%. L'obiettivo sarà raggiunto all' 80% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 41%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 45%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se il tasso di opposizione registrato nell'anno 2019 sarà superiore al 45%.</p> <p>4. L'obiettivo sarà considerato raggiunto al 100% se nell'anno 2019 l'incremento del numero di cornee procurate sarà maggiore o uguale al 30% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 25%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 20 %. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se l'incremento del numero delle cornee procurate nell'anno 2019 sarà inferiore al 20%.</p> <p>5. SI/NO</p>
<p>PUNTEGGIO</p>	<p>3 per ASP e 9 per AO</p>

OBIETTIVO 7: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE

Referente obiettivo: DPS – Area Interdipartimentale 4

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

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

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità de materializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici 2. numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)
VALORI OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASP: >30% nel 2019 e >35% nel 2020 AO: >40% nel 2019 e >45% nel 2020 2. >100 nel 2019 e >120 nel 2020
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI / NO 2. SI / NO
PUNTEGGIO	5 per ASP e AO

OBIETTIVO 8: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Referente obiettivo: DPS – Area Interdipartimentale 4

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

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

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

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

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

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

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

Referente obiettivo: DPS - Servizio 2

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

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

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

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

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

1.

INDICATORE	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC
VALORI OBIETTIVO	<p><u>AL 31.12.2019</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio. • Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente". <p><u>AL 31.12.2020</u></p> <p>Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento</p>

SCALA	SI / NO
PUNTEGGIO	5 per ASP e 10 AO

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

Referente obiettivo:

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

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

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

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

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

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

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

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

Referente obiettivo: DPS - Area Interdipartimentale 2

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

1. AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

ASP – **Peso obiettivo 5**

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

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

ASP/AO - **Peso obiettivo 9**

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

3. AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

ASP – **Peso obiettivo 9**

AO – **Peso obiettivo 2**

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

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

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

AREA DI INTERVENTO 1		SANITÀ PUBBLICA E PREVENZIONE punteggio 5 per ASP			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
1.1 SANITÀ VETERINARIA	20%	1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	1.1.A - n. Aziende bovine e ovicaprine controllate/n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	1.1.A - 100%	
		1.1.B - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	1.1.B - numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	1.1.B - 21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	
		1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	1.1.C - numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	1.1.C - 42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	
		1.1.D - Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	1.1.D- n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	1.1.D - 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine	
		1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	1.1.E- Percentuale di riduzione della prevalenza	1.1.E - 15%	

Allegato 3 - Obiettivi Contrattuali di Salute e di Funzionamento 2019-2020 e Obiettivi Contrattuali Generali 2019-2021 e matrice di assegnazione (documento aziendale di assegnazione degli obiettivi alle strutture aziendali)

ALLEGATO 3

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

(documento aziendale di assegnazione degli obiettivi alle strutture aziendali)



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

16 settembre 2019

MATRICE ASSEGNAZIONE OBIETTIVI STRATEGICI 2019

	OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO											OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI													
	OB.1 screening	OB.2 inf. tumore	OB.2 inf. organi	OB.2 inf. PTCA	OB.2 inf. Colectomia	OB.3 temp. di attesa	OB.4 parità nascita	OB.5 sovraccarico PS	OB.6 debonazione organi	OB.7 prevenzioni demenzializzate	OB.8 fascio elettronico (SE)	OB.9 PAC	OB.11 P.A. area.1	OB.11 P.A. area.2	OB.11 P.A. area.3	OBETTIVO 2a: equilibrio di bilancio	OBETTIVO 2b: Tempi di attesa	OBETTIVO 3a1 e 3a2: Contenimento spesa personale	OBETTIVO 3a3: Contenimento spesa beni e servizi	OBETTIVO 3a4: Lilizzo somme DA n. 2726/201 e DA n. 1839/2018	OBETTIVO 3a5: Contenimento della spesa farmaceutica	OBETTIVO 3b: Piaa informativi	OBETTIVO 3c: Revisione della Comunità e Trasparenza	OBETTIVO 3d: Altra protezione finanziaria	
Dipartimento di Prevenzione	x																								
UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva	x																								
UOS Centro Gestionale Screening	x																								
Dipartimento di Prevenzione Veterinario													x												
Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza								x																	
Dipartimento Salute Donna e Bambino	x	x					x	x				x													
UOS Screening Cervico-carcinoma	x																								
Dipartimento Farmaceutico												x													
Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio	x																								
UOC Medicina trasfusionale																									
Dipartimento Diagnostica per Immagini	x																								
UOS Screening Mammografico	x																								
Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore																									
UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie	x																								
UOC integrazione socio sanitaria																									
UOC Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare																									
UOC Ospedalità Pubblica	x	x	x	x	x	x																			
UOC Ospedalità Privata		x	x	x	x	x																			
Distretti sanitari / PTA	x																								
Direzione Medica PO Partinico	x	x	x	x	x	x						x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Direzione Medica PO Corleone					x	x						x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Direzione Medica PO Termini Imerese	x	x	x	x	x	x						x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Direzione Medica PO Petralia Sottana					x	x						x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Direzione Medica PO Ingrassia		x	x	x	x	x						x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Direzione Medica PO Villa delle Ginestre																									
UOC/UOS Chirurgia generale					x																				
UOC Ortopedia		x																							
UOC Anestesia		x																							
UOC/UOS Ostetricia e Ginecologia																									
UOS Gastroenterologia ed Endoscopia – Screening colon retto	x																								
UOC Cardiologia + UTIC PO Ingrassia					x																				
UOC Neonatologia PO Ingrassia								x																	
UU.OO. di degenza dei PP.OO.																									
UU.OO. degenza: Medicina interna, Geriatria e Cardiologia																									
Tutte le UU.OO. dei PP.OO. (tesuro Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Neonatologia)								x																	
Tesoro Aziendale PACS / Bed Manager								x																	
Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari generali								x																	
Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico																									
UOC Progettazione e manutenzioni								x																	
UOC Provveditorato								x																	
UOC Bilancio e Programmazione																									
UOC Contabilità analitica e Patrimonio																									
UOC Logistica e Servizi Esternalizzati																									
Dipartimento REFPPT/UOS Informatica aziendale																									
UOC Coordinamento Staff Strategico/UOS Qualità																									
UOC Coordinamento Staff Strategico/UOS Comunicazione e Informazione						x																			
UOC Coordinamento Staff Strategico/UOS Formazione																									
UOC Legale/UOS Gestione sinistri del personale																									
UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS		x	x	x	x			x				x													
UOS Educazione alla Salute Aziendale																									
Data Protection Officer																									
tutte le strutture assegnatarie di budget																									
Responsabile della Prevenzione della Corruzione																									
Responsabile della Trasparenza																									
Coordinatore Gruppo ALPI																									

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

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

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

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

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

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

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

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

SUB-OBIETTIVO 2.1:

Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

INDICATORE

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

VALORE OBIETTIVO

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

SCALA

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

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

TRACKING

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

PUNTEGGIO

5/20

NOTE

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

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

SUB-OBIETTIVO 2.2:

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

INDICATORE

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

VALORE OBIETTIVO

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

SCALA

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

TRACKING

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

PUNTEGGIO

5/20

NOTE

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

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

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

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

VALORE OBIETTIVO

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

SCALA

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

TRACKING

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

PUNTEGGIO

5/20

NOTE

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

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

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

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

VALORE OBIETTIVO

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

SCALA

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

TRACKING

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

PUNTEGGIO

5/20

NOTE

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

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

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

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

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

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

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

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

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

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

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

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

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

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

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

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

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

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

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

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

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

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

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

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO 2019-2020

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

OBIETTIVO	INDICATORE/VALORI OBIETTIVO	STRUTTURA INTESTATARIA
OBIETTIVO 11: Piano Attuativo Aziendale Punti 23 (area 1: 5 punti; area 2: 9 punti; area 3: 9 punti)	AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria 1.2. Igiene degli alimenti 1.3. Vaccinazioni 1.4. Tutela ambientale 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento di Prevenzione (Coordinamento) • Dipartimento di Prevenzione Veterinaria • UOS Educazione alla Salute Aziendale
	AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza 2.3. PDTA 2.4 Appropriatelyzza 2.5 Outcome 2.6 Trasfusionale	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità • Direzioni Mediche di PP.OO. • Distretti Sanitari/PTA • UOC Ospedalità Privata • UOC Ospedalità Pubblica • Dipartimento Farmaceutico • Dipartimento Diagnostica di Laboratorio • UOC Provveditorato • UOC Progettazione e manutenzione • UOC Legale/UOS Gestione sinistri del personale • UOS Comunicazione e Informazione • UU.OO. oggetto di audit PNE
	AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.1. Cronicità 3.2 Fragilità 3.3. Disabilità e non autosufficienza 3.4 Privacy	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Organizzazione e Programmazione Cure Primarie • Distretti Sanitari/PTA • UOC Integrazione socio sanitaria • Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza • UOC Coordinamento Assistenza Riabilitativa Territoriale • Data Protection Officer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBIETTIVO 11 AREA DI INTERVENTO 2		QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI punteggio:9 per ASP, 9 per AO/AOU			
interventi previsti	Peso Intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		ASSEGNAZIONE
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019	
		2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	SI	• Dipartimento Farmaceutico
		2.1.E – Adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	SI	• UOS Qualità/Rischio Clinico • UOC Legale/UOS Gestione sinistri del personale • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
2.2 personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti	1 punto	2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita	SI	• UOS Comunicazione e informazione • UU.OO. degenza dei PP.OO. • Distretti Sanitari/PTA
		2.2.B – La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	Attuazione delle direttive regionali	SI	• UOS Qualità • UOS Comunicazione e informazione • Direzioni Mediche di PP.OO.
2.3 pdta	1 punto	2.3.A – Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) secondo direttive regionali.	Report sulla base degli indicatori di monitoraggio specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali	SI	• UU.OO. degenza: Medicina interna, Geriatria e Cardiologia • Distretti Sanitari/PTA • UOC Ospedalità Privata (report Case di Cura private)
2.4 appropriatezza	1 punto	2.4.A – Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti	SI	• UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata

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

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

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

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI GENERALI CONTRATTUALI 2019-2021

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

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

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

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

SCHEDA DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI

OBIETTIVI SPECIFICI 2021-2023

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	Indicatore	base-line	target 2021	target 2022	target 2022	strutture intestatarie	
1	Screening oncologici	1.2	Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	N. di soggetti invitati / popolazione target	120.654/117.494 >100%	100%	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento di Prevenzione UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva Dipartimento della Famiglia
1	Screening oncologici	1.3	Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	19.561/117.056 16,7%	>=50%	>=50%	>=50%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento di Prevenzione UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva Dipartimento della Famiglia Distretti
1	Screening oncologici	1.4	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	N. di soggetti invitati / popolazione target	70.025/87.135 80,4%	100%	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento di Prevenzione UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva Dipartimento Diagnostica per Immagini
1	Screening oncologici	1.5	Adesione del programma di screening del tumore della mammella	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	25.976/87.135 29,8%	>=60%	>=60%	>=60%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento di Prevenzione UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva Dipartimento Diagnostica per Immagini Distretti
1	Screening oncologici	1.6	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	N. di soggetti invitati / popolazione target	177.941/166.253 >100%	100%	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento di Prevenzione UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva UOS Screening colon retto
1	Screening oncologici	1.7	Adesione del programma di screening del colon retto	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	23.498/173.940 13,5%	>=50%	>=50%	>=50%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento di Prevenzione UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva UOS Screening colon retto Distretti
1	Screening oncologici	1.8	Coinvolgimento e collaborazione dei MMG	N. di MMG coinvolti / N. MMG	1.070/1.070 100%	~ 60%	~ 60%	~ 60%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento di Prevenzione UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva Distretti Sanitari/PTA
1	Screening oncologici	1.9	Aggiornamento banca dati anagrafica	Banca dati aggiornata		Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento di Prevenzione UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva UOC Cure Primarie
1	Screening oncologici	1.10	Presenza PDTA per ogni screening	Esistenza di PDTA per lo Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina		Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento Diagnostica per Immagini Dipartimento della Famiglia UOS Screening colon retto
1	Screening oncologici	1.11	Utilizzo HPV-DNA come test primario	N. donne screenate con HPV-DNA / N. totale donne di età 34-64 anni aderenti allo screening oncologico relativo al ca della cervice uterina		100%	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio Dipartimento della Famiglia
2	Esiti	2.1	Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;	N. Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / N. totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	66,95%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<p>Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere:</p> <ul style="list-style-type: none"> Direzioni Mediche di Presidio PO Partinico, PO Termini Imerese, PO Ingrassia <p>Realizzazioni e dell'obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Ortopedia UO Terapia Intensiva / UO Servizio Anestesia <p>Report dell'indicator e per la Direzione Aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Ospedalità Pubblica e Privata <p>Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp. Pub., Osp. Priv.</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione, Controllo di Gestione
2	Esiti	2.2	Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non pre-cesarizzate;	N. Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo.	26,45%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<p>Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dipartimento della Famiglia <p>Realizzazioni e dell'obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> UO Ostetricia e Ginecologia <p>Report dell'indicatore per la Direzione Aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Ospedalità Pubblica e Privata <p>Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp. Pub., Osp. Priv.</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Programmazione, Controllo di Gestione

OBIETTIVI SPECIFICI 2021-2023

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2021	target 2022	target 2022	strutture intestatarie	
2	Esiti	2.3	Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;	N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / N. totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	89,13%	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<p>Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere : Direzione Medica di Presidio PO Ingrassia</p> <p>Realizzazione e dell'obiettivo: UOC Cardiologia + UTIC PO Ingrassia.</p> <p>Report dell'indicatore per la Direzione Aziendale: • UOC Ospedalità Pubblica e Privata</p> <p>Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp. Pub., Osp. Priv. • UOC Programmazione, Controllo di Gestione</p>
2	Esiti	2.4	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	85,29%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	<p>Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere: • Direzioni Mediche di Presidio</p> <p>Realizzazione e dell'obiettivo: • UOC/UOS Chirurgia Generale</p> <p>Report dell'indicatore per la direzione Aziendale: • UOC Ospedalità Pubblica e Privata</p> <p>Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp. Pub., Osp. Priv. • UOC Programmazione, Controllo di Gestione</p>
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.1	Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	SI	SI	SI	SI	• UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.2	Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	SI	SI	SI	SI	• UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricovero	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	SI	SI	SI	SI	• Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero • UOC Ospedalità Pubblica e Privata
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.4	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	SI	SI	SI	SI	• UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.5	Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	SI	SI	SI	SI	• UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna • UOC Coordinamento Staff Strategico / UOS comunicazione e Informazione
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.6	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta		SI	SI	SI	• UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna

OBIETTIVI SPECIFICI 2021-2023

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	Indicatore	base-line	target 2021	target 2022	target 2022	strutture intestatarie
3	Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa	3.7	Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda		Si	Si	Si	• UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.	4.1	Punti nascita		100% 100% = ragg. ob. 100% 950% = ragg. ob. 90% 85% = ragg. ob. 75%	100% 100% = ragg. ob. 100% 950% = ragg. ob. 90% 85% = ragg. ob. 75%	100% 100% = ragg. ob. 100% 950% = ragg. ob. 90% 85% = ragg. ob. 75%	• Dipartimento della Famiglia (monitoraggio obiettivo)
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.	4.2.1.1	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (senza TIN)	0	0	0	0	• Dipartimento della Famiglia (monitoraggio obiettivo) • UU.OO. Ostetricia e Ginecologia (escluso P.O. Ingrassia)
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.	4.2.1.2	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (senza TIN)		< 8%	< 8%	< 8%	• Dipartimento della Famiglia (monitoraggio obiettivo) • UU.OO. Ostetricia e Ginecologia (escluso P.O. Ingrassia)
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.	4.2.2.1	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (con TIN)		si	si	si	- Dipartimento della Famiglia
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.	4.2.2.2	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (con TIN)	0%	< 5%	< 5%	< 5%	• Dipartimento della Famiglia (monitoraggio obiettivo) • UOC Neonatologia PO Ingrassia
5	Pronto Soccorso - Gestione del sovraffollamento	5.1	Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)	0,66	raggiungimento dello standard efficienza operativa ≤ 0,05	raggiungimento dello standard efficienza operativa ≤ 0,05	raggiungimento dello standard efficienza operativa ≤ 0,05	• Dipartimento Emergenza-urgenza • Direzioni Mediche di P.O. • UU.OO. dei P.O. (escuso Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Neonatologia)
5	Pronto Soccorso - Gestione del sovraffollamento	5.2	Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo) Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ; Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori	Attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019)	Si	Si	Si	• Dipartimento Emergenza-urgenza • Direzioni Mediche di P.O. • UU.OO. dei P.O. (escuso Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Neonatologia) • Dipartimento Risorse Tecnologiche, finanziarie e strutturali /UOC Gestione Informatica aziendale • UOC Approvvigionamenti • UOC Progettazione e manutenzione • Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza • Dipartimento della Famiglia • Dipartimento Risorse Umane • UOC Programmazione, Controllo di Gestione • UOS Educazione alla salute aziendale • UOS Formazione e sviluppo apprendimento organizzativo
6	Donazione organi e tessuti	6.1	Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)		Si	Si	Si	• Dipartimento Emergenza-Urgenza
6	Donazione organi e tessuti	6.2	Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico		Si	Si	Si	• Dipartimento Emergenza-Urgenza

OBIETTIVI SPECIFICI 2021-2023

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2021	target 2022	target 2022	strutture intestatarie	
6	Donazione organi e tessuti	6.3	Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione	corsi di formazione e/o sensibilizzazione organizzazione in ambito aziendale		>= 2	>= 2	>= 2	• Dipartimento Emergenza-Urgenza
7	Prescrizioni dematerializzate	7.1	% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	N. Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione / N. totale dei medici	59,26 % LUG-DIC 2018 spedistica	> 40%	> 40%	> 40%	Supporto e Monitoraggio dell'obiettivo e coordinamento: • UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna TERRITORIO - Coordinamento e realizzazione dell'obiettivo: • Distretti Sanitari/PTA PRESIDI OSPEDALIERI - Coordinamento e monitoraggio dell'obiettivo: • Direzioni Mediche di Presidio
7	Prescrizioni dematerializzate	7.2	numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS	totale ricette DEM prescritte / medici abilitati	252 mensili LUG-DIC 2018 spedistica	140	140	140	Supporto e Monitoraggio dell'obiettivo e coordinamento: • UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna TERRITORIO - Coordinamento e realizzazione dell'obiettivo: • Distretti Sanitari/PTA PRESIDI OSPEDALIERI - Coordinamento e monitoraggio dell'obiettivo: • Direzioni Mediche di Presidio
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	8.1	% dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati; (>5%)	N. dei consensi informati acquisiti / N. dei pazienti ricoverati		> 5%	> 5%	> 5%	• UOC Cure Primarie (Responsabile Aziendale FSE) • Distretti sanitari • Direzioni Mediche di Presidio
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	8.2	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	N. dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE / N. delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	0	> 90%	> 90%	> 90%	• Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio • UOC Cure Primarie (Responsabile Aziendale FSE) • Dipartimento Dipartimento Risorse Tecnologiche, finanziarie e strutturali /UOC Gestione Informatica aziendale
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)	9.1	Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	Si	Si	Si	Si	• UOC Programmazione, Controllo di Gestione
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)	9.2	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	88,70%	Si	Si	Si	UU.OO. oggetto di attività AUDIT PAC: • UOC Approvvigionamenti • UOC Bilancio e Programmazione • UOC Patrimonio • UU.OO.CC. Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali • Dipartimento Farmaceutico • UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)	9.3	Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento	Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento		Si	Si	Si	tutte le strutture che applicano le procedure PAC
11.1.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria	11.1.1.A	1.1.A – Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovicaprino controllabile (allevamenti e capi)	N. Aziende bovine e ovicaprine controllate / n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	9779/9827 99,5%	100%	100%	100%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria	11.1.1.B	1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	< 28 gg.	21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria	11.1.1.C	1.1.C – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	< 53 gg.	42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria	11.1.1.D	1.1.D – Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	N. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	bovine 222/2534 = 8,8% ovi-caprine 146/2226 = 6,5%	≥ 5% Aziende bovine ≥ 3% Aziende ovi-caprine	≥ 5% Aziende bovine ≥ 3% Aziende ovi-caprine	≥ 5% Aziende bovine ≥ 3% Aziende ovi-caprine	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.1 Sanità veterinaria	11.1.1.E	1.1.E – Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Percentuale di riduzione della prevalenza		≥ 15%	≥ 15%	≥ 15%	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario

OBIETTIVI SPECIFICI 2021-2023

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	Indicatore	base-line	target 2021	target 2022	target 2022	strutture intestatarie	
11.1.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.2. Igiene degli alimenti	11.1.2.A	1.2.A – Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS);	Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici)		Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione
11.1.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.2. Igiene degli alimenti	11.1.2.B	1.2.B – Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché: - Piano Nazionale Residui - Piano monitoraggio Molluschi bivalvi (solo ME e SR)	Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12, rispettivamente, entro il 31 luglio ed il 31 gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata		Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione • Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.2. Igiene degli alimenti	11.1.2.C	1.2.C – Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare		Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione Veterinario
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.A	1.3.A – Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)	n. soggetti vaccinati / popolazione target residente	Morbillo Parotide Rosolia 19 dose Coorte 2015 3.961/10.719=36,9% 2a dose Coort 2012 3.417/13.554=70,8% 2a dose Coorte 2000 3.647/13.585=66,1% 76,5% Varicella 1a dose Coorte 2016 5.625/10.719=52,5% 2a dose Coort 2012 3.881/13.554=73,3% 2a dose Coort 2002 7.560/13.585=55% 72,3%	92 - 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92 - 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92 - 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	• Dipartimento di Prevenzione
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.B	1.3.B – Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini)	Relazione sulle attività svolte	Si	Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.C	1.3.C – Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscoito regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscoito Regionale	100%	Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.D	1.3.D – Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018)	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione		Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.E	1.3.E – Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Morbillo 24/35 68,57% Rosolia 0/0 100%	100%	100%	100%	• Direzioni Mediche di PP.OO.
11.1.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.3. Vaccinazioni	11.1.3.F	1.3.F – Notifica delle malattie infettive	N. notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	Morbillo 35/19 MBI 9/9 TBC 34/32	70%	70%	70%	• Direzioni Mediche di PP.OO.

OBIETTIVI SPECIFICI 2021-2023

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	Indicatore	base-line	target 2021	target 2022	target 2022	strutture intestatarie	
11.1.4	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.4. Tutela ambientale	11.1.4.A	1.4.A – Sorveglianza malformazioni congenite	Segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto al 2017		Si	Si	Si	• Dipartimento della Famiglia
11.1.4	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.4. Tutela ambientale	11.1.4.D	1.4.D – Amianto	Registro mesoteliomi. Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019	18/18 100%	> 90 %	> 90 %	> 90 %	• Dipartimento di Prevenzione
11.1.5	Piano Attuativo Aziendale AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro	11.1.5.A	1.5.A – sorveglianza lavoratori exposti	invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	141/145 97,2%	Si	Si	Si	• Dipartimento di Prevenzione
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.A1	2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Percentuale di completezza della compilazione della scheda A e della scheda B degli eventi sentinella, comprensive cioè di analisi dell'evento avverso, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES)		90%	90%	90%	• UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico • UOC Ospedalità Pubblica e Privata
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.A2	2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)		Si	Si	Si	• UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico • UOC Ospedalità Pubblica e Privata
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.B	2.1.B – Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas		Si	Si	Si	• UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico • UOC Ospedalità Pubblica e Privata
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.C1	2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualitasicilia SSR		Si	Si	Si	• UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico • UOC Ospedalità Pubblica e Privata
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.C2	2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette		100%	100%	100%	• UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico • UOC Ospedalità Pubblica e Privata
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.D	2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali		Si	Si	Si	• Dipartimento Farmaceutico
11.2.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti	11.2.1.E	2.1.E – Adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali		Si	Si	Si	• UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico • UOC Legale • UOC Ospedalità Pubblica e Privata
11.2.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza	11.2.2.A	2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita		Si	Si	Si	• UOS Comunicazione e informazione • U.U.OO. degenza dei PP.OO. • Distretti Sanitari/PTA

OBIETTIVI SPECIFICI 2021-2023

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	Indicatore	base-line	target 2021	target 2022	target 2022	strutture intestatarie	
11.2.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza	11.2.2.B	2.2.B – La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	Attuazione delle direttive regionali		Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico • UOS Comunicazione e informazione • Direzioni Mediche di PP.OO. 	
11.2.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.3. PDTA	11.2.3.A	2.3.A – Implementazione delle Linee guida diniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) secondo direttive regionali.	Report sulla base degli indicatori di monitoraggio specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali		Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • U.U.OO. degenza: Medicina interna, Geriatria e Cardiologia • Distretti Sanitari/PTA • UOC Ospedalità Pubblica e Privata 	
11.2.4	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.3. PDTA	11.2.4.A	2.4.A – Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti		Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Ospedalità Pubblica e Privata 	
11.2.5	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.5 Outcome	11.2.5.A	2.5.A – Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report secondo modalità indicate dalla Regione PNE		Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Ospedalità Pubblica e Privata • Direzioni Mediche di PP.OO. 	
11.2.6	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.6 Trasfusionale	11.2.6.A	2.6.A – Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati: Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17.01.2019)	(previsione di raccolta delle EC - raccolta a consuntivo delle EC) / previsione di raccolta delle EC		0 0% = 100 % ≤ 1% = 80% ≤ 2% = 60% ≤ 3% = 50%	0 0% = 100 % ≤ 1% = 80% ≤ 2% = 60% ≤ 3% = 50%	0 0% = 100 % ≤ 1% = 80% ≤ 2% = 60% ≤ 3% = 50%	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Diagnostica di Laboratorio/UOC Medicina trasfusionale
11.2.6	Piano Attuativo Aziendale AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.6 Trasfusionale	11.2.6.B	2.6.B – Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018.	Kg di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) nell'anno di riferimento - Kg. di Plasma raccolti nell'anno 2018.		≥ 60 Kg. (≥60 Kg. = 100% ≥ 54 = 80%)	≥ 60 Kg. (≥60 Kg. = 100% ≥ 54 = 80%)	≥ 60 Kg. (≥60 Kg. = 100% ≥ 54 = 80%)	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Diagnostica di Laboratorio/UOC Medicina trasfusionale
11.3.1	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.1. Cronicità	11.3.1.A	3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)≥6,5 Progetto IGEA; Scompensati 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 x 100		≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Cure Primarie • Distretti Sanitari/PTA
11.3.2	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.3. Disabilità e non autosufficienza	11.3.2.B	3.2.B – Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali					<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
11.3.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.3. Disabilità e non autosufficienza	11.3.3.A	3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità	Formalizzazione della procedura		Attuazione e monitoraggio della procedura	Attuazione e monitoraggio della procedura	Attuazione e monitoraggio della procedura	<ul style="list-style-type: none"> • Distretti Sanitari/PTA • UOC Integrazione socio sanitaria • UOC Assistenza Riabilitativa Territoriale
11.3.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.3. Disabilità e non autosufficienza	11.3.3.B	3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali	Tempestivo pagamento del 100%		Si	Si	Si	<ul style="list-style-type: none"> • Distretti Sanitari/PTA • UOC Integrazione socio sanitaria

OBIETTIVI SPECIFICI 2021-2023

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	indicatore	base-line	target 2021	target 2022	target 2022	strutture intestatarie
11.3.3	Piano Attuativo Aziendale AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 3.4 Privacy	11.3.3.C	3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	N. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali X 100	>= 80%	>= 80%	>= 80%	• UOC Integrazione socio sanitaria
12.2a	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 2a: Equilibrio di bilancio	12.2a.1	Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate	Si	Si	Si	• UOC Programmazione, Controllo di Gestione
12.2a	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 2a: Equilibrio di bilancio	12.2a.2	Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato	Si	Si	Si	• UOC Bilancio e Programmazione • UOC Programmazione, Controllo di Gestione • tutte le strutture assegnatarie di budget
12.2b	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 2b: Tempi di attesa	12.2b.1	Osservanza degli adempimenti prescritti espressamente dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), predisposto in attuazione dell'Intesa-Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019/2021 di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266 (PNGLA), al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa	Realizzazione delle attività finalizzate al superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa	Si	Si	Si	• UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna • Distretti sanitari/PTA • Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero
12.3a1	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3a1: Contenimento della spesa del personale	12.3a1.1	Rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n. 190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/2009	Rispetto del tetto di spesa (relazione)	Si	Si	Si	• Dipartimento Risorse Umane
12.3a2	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3a2: Contenimento della spesa del personale	12.3a2.1	Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del DL 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato	Redazione del programma	Si	Si	Si	• Dipartimento Risorse Umane
12.3a3	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3a3: Contenimento della spesa per beni e servizi	12.3a3.1	Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi. In particolare, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di Badno), dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure Consip e Me.Pa, ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett d) della Legge 7 agosto 2012, n. 135 di conversione con modificazioni del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e, comunque, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale e dei relativi atti regolamentari e/o attuativi nel caso in cui i prezzi siano competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori. In ogni caso, è fatto divieto al ricorso a procedure negoziate e di urgenza — con esclusione dei casi di privativa industriale — non giustificato e sistematico ed il rinnovo di contratti in difetto di programmazione	Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi (monitoraggio aziendale e relazione)	Si	Si	Si	• Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico • UOC Approvvigionamenti • UOC Progettazione e manutenzione • UU.OO.CC. Coordinamento Amministrativo presidi ospedalieri e territoriali

OBIETTIVI SPECIFICI 2021-2023

n.	Obiettivo specifico	sub-obiettivo	Indicatore	base-line	target 2021	target 2022	target 2022	strutture intestatarie	
12.3a5	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3a5: Contenimento della spesa farmaceutica	12.3a5.1	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione per l'assistenza farmaceutica territoriale / ospedaliera	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione (relazione)		Si	Si	Si	• Dipartimento Farmaceutico
12.3b	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3b: Flussi informativi	12.3b.1	Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi", sia di istituzione nazionale che regionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alla qualità del dato, anche in termini di coerenza con altre fonti informative e, di completezza, avuto riguardo tanto alle strutture di competenza dell'Azienda che alla periodicità di ciascun file, secondo i criteri di valutazione che saranno specificati con separato atto dell'Assessorato	Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi" (monitoraggio e azioni di miglioramento)		Si	Si	Si	• UOS SIS • tutte le strutture assegnatarie di budget interessate alla produzione di flussi
12.3c	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3c: Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	12.3c.1	Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corrutivi in sanità	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione: redazione Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali	Si	Si	Si	Si	• Responsabile della Prevenzione della Corruzione • tutte le strutture assegnatarie di budget
12.3c	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3c: Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	12.3c.2	Osservanza degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza: redazione del Piano Triennale per l'integrità e la trasparenza e monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali. Gestione del sito internet aziendale.	Si	Si	Si	Si	• Responsabile della Trasparenza • tutte le strutture assegnatarie di budget
12.3d	Obiettivi Contrattuali Generali - OBIETTIVO 3d: Libera professione intramuraria	12.3d.1	Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia di libera professione intramuraria ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 3 agosto 2007 n. 120 e s.m.i.	Osservanza delle disposizioni in materia (monitoraggio e relazione)	Si	Si	Si	Si	• Coordinatore Comitato Tecnico Consultivo ALPI

**GLI OBIETTIVI OPERATIVI E
LE SCHEDE DI BUDGET ANNO 2022**

Scheda obiettivo	
Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2022-2024: obiettivo 3c)	
PUNTI 5	
SUB-OBIETTIVO N. 1 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 25%)	
Intraprendere azioni volte a garantire maggiore trasparenza e la prevenzione della corruzione.	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della legalità destinata a tutti i dipendenti, con particolare riferimento a coloro che gestiscono procedimenti/processi a più alto rischio di fenomeni corruttivi. Le azioni dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico: 1) l'analisi e mappatura dei processi e procedimenti, in seno all'Area di riferimento, che riguardano concessioni/autorizzazioni ed erogazioni di beni e servizi sovvenzioni come individuati dall'Autorità con Delibera Anac 468/2021; 2) identificazione dei rischi e delle misure di prevenzione idonee al loro contenimento; 3) monitoraggio e realizzazione dei correlati obblighi di pubblicazione da realizzarsi sul sito istituzionale nella prevista sezione di Amministrazione Trasparente; 4) attività di monitoraggio periodico sul rispetto dei tempi procedurali secondo quanto previsto dall'art. 1, co. 28, della l. 190/2012. La misura consente di far emergere eventuali omissioni e anomalie nonché ritardi e/o interruzioni nella conclusione dei procedimenti che possono essere sintomatici di fenomeni di cattiva amministrazione.
Indicatore	Inoltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento le seguenti indicazioni: 1) denominazione processi/procedure analizzate; 2) per ciascun processo o procedura indicazione dei rischi individuati e dei correlati fattori abilitanti il rischio; 3) per ciascun rischio e correlati fattori abilitanti di cui al punto 2). L'indicazione delle misure di prevenzione previste. Invio dell'attestazione dei realizzati adempimenti di pubblicazione obbligatori
Valori attesi	Trasmissione Relazione attestante l'analisi dei processi/procedimenti in due fasi (50% entro il primo semestre e 100% finale)
Data inizio/fine	Entro il 30/06/2022 Entro il 30/11/2022
SUB-OBIETTIVO N. 2 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 25%)	
Intraprendere azioni volte a garantire la insussistenza di conflitti di interesse.	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sul tema conflitto di interessi ed obbligo di astensione come regolamentati dal PTPC Aziendale. Le azioni di sensibilizzazione dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico, il potenziamento e il monitoraggio dei controlli delle dichiarazioni da rendere in materia di obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, ai sensi dell'Art. 6 e 7 del DPR 62/2013 e dell'art. 6-bis della l. 241 del 1990.
Indicatore	1. acquisizione e conservazione in seno alle strutture di appartenenza delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi prodotte dai dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a responsabile unico del procedimento; 2. monitoraggio della situazione, attraverso l'aggiornamento, con cadenza periodica annuale della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ricordando a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate; 3. esemplificazione di alcune casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara); 4. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale (ad esempio, il responsabile dell'ufficio nei confronti del diretto subordinato); 5. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione; 6. azione di sensibilizzazione volta ad incentivare l'utilizzo della apposita modulistica prevista dal vigente PTPC finalizzata alla presentazione tempestiva delle dichiarazioni di cui ai modelli F, D, E
Valori attesi	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei Referenti aziendali di un report ove siano indicati: - i nominativi dei dipendenti che nell'ambito della Struttura di appartenenza, nel corso dell'anno hanno prodotto le dichiarazioni come previste dal vigente PTPC sia al momento dell'assegnazione all'ufficio o nel corso di svolgimento di attività istituzionali ad es. in caso di nomina a responsabile unico del procedimento/responsabile del procedimento .
Data inizio/fine	Entro il 30/11/2022

SUB-OBIETTIVO N. 3 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 50%)	
Intraprendere azioni volte a garantire maggiore trasparenza e la prevenzione della corruzione.	
Descrizione	Ampliamento della Mappatura dei procedimenti/processi mediante l'applicazione dei nuovi criteri di cui all'Allegato1 del PNA 2019 e tenuto conto delle indicazioni contenute nella norma ISO31000 Realizzazione della mappatura dei procedimenti/processi di lavoro e individuazione dei correlativi fattori di rischio corruttivo di pertinenza di ciascuna struttura Aziendale.
Indicatore	Individuazione di processi/procedimenti/attività/fasi in seno a ciascuna struttura aziendale; individuazione del valore di priorità del rischio e delle misure generali e specifiche adottate come da allegato al PTPC.
Valori attesi	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'allegato debitamente compilato in ciascuna parte a carico dei Referenti Aziendali
Data Inizio/ fine	Entro il 30/06/2022

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Coordinamento staff strategico

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) (U.O. Qualità e Gestione Rischio clinico)	3.1	Realizzazione degli interventi 2.1.A, 2.1.B, 2.1.C, 2.1.E.	5	SI	SI (allegare relazione)	
		3.2	Monitoraggio intervento 2.2.B	5	SI	SI (allegare relazione)	
4	Elaborazione di Piano formativo aziendale ECM (U.O. Formazione e sviluppo apprendimento organizzativo)	4.1	N. corsi formativi ECM realizzati / N. corsi formativi ECM indicati nel Piano formativo ECM	10	7/8 87,5%	>=50%	
5	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B) (U.O. Qualità e Gestione Rischio Clinico)	5.1	Monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi da parte dei PP.OO. Relativi alla check list del Ministero della Salute AGENAS	5		10% Items	
6	Revisione Rete Referenti Formazione (secondo vigente Atto Aziendale giusta Delibera prot. n° 81 del 21/01/20) (U.O. Formazione e sviluppo apprendimento organizzativo)	6.1	Delibera aggiornamento rete referenti formazione	5		SI (allegare relazione)	
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) (U.O. Comunicazione e informazione)	7.1	Pubblicazione sul sito aziendale del monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali trasmesso dalla UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	5	SI	SI (allegare relazione)	
8	Obiettivi di Salute e di Funzionamento assegnati alla Direzione Generale	8.1	Monitoraggio e rendicontazione degli obiettivi e regolare trasmissione all'Assessorato alla Salute secondo crono programma AGENAS	12,5		SI (allegare relazione)	
9	Attività degli uffici della Direzione Strategica	9.1	Rendicontazione/Relazione degli uffici della Direzione Strategica secondo le indicazioni delle tre direzioni	2,5	SI	SI (allegare relazione)	
10	Pronto soccorso - Gestione del sovraffollamento (Bed Manager)	10.1	Livello di completezza delle verifiche delle variazioni dei posti letto nel monitoraggio continuo effettuato in tutti i PP.OO. Aziendali nelle 2 rilevazioni-indice giornaliere effettuate su piattaforma GECOS	5		100% (allegare relazione)	
11	Attivazione e Monitoraggio del nuovo sistema On-Line di Rilevazione della Customer Satisfaction (UO Comunicazione)	11.1	Attivazione	2,5		SI (allegare relazione)	
		11.2	Monitoraggio (report 6 mesi _12 mesi)	2,5			

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Coordinamento staff strategico

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
12	Piano Aziendale di Comunicazione per la Salute 2021 (UO Comunicazione-Gruppo aggiornamento sito)	12.1	Predisposizione e trasmissione delle richieste di aggiornamento alle macrostrutture aziendali che non hanno aggiornato i relativi dati sul sito aziendale	5		100%	
	Revisione continua sito aziendale (dati relativi ai servizi) ai sensi dell'Atto Aziendale di cui alla delibera 81 del 21/1/2020	12.2	Rielaborazione e pubblicazione sul sito aziendale dei dati pervenuti	5			
13	Applicazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale (SMVP) in adempimento al DLgs 150/09 e s.m., agli indirizzi del Dipartimento Funzione Pubblica e ai CCNL (U.O. Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane)	13.1	N. valutazioni individuali che seguono le procedure interne / N. valutazioni individuali pervenute	5	6.751 / 6.751	100%	
		13.2	Realizzazione di n.3 edizioni dell'evento formativo rivolto alla rete di referenti aziendali per la valutazione, come da proposta presentata all'UOS Formazione	5	SI	Allegare relazione	
14	Attività Referenti Ricerca e Internazionalizzazione (D.A. n.1268 del 01 luglio 2013 e successive integrazioni)	14.1	N.di richieste di consulenza ricevute da strutture aziendali / N. consulenze effettuate;	2,5	100%	100% (allegare report/relazione)	
		14.2	N.di partenariati progettuali richiesti e accordati dal D.G. a Enti richiedenti / N. procedure di partenariato definite su apposite piattaforme e/o programmi (Portale CHAIROS, Call for proposal ecc.)	2,5			
15	Accreditamento dell'ASP di Palermo quale soggetto abilitato alla formazione all'utilizzo dei DAE (Defibrillatore Automatico Esterno) - D.A. n.2345 del 29/11/2016 (U.O. Formazione e sviluppo apprendimento organizzativo)	15.1	Provvedimento regionale di accreditamento	5		SI (allegare accreditamento)	
totale peso				100			

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Programmazione, Controllo di Gestione							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Piano della performance	3.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Piano della performance"	15	Si	Si (allegare documentazione)	
4	Relazione sulla performance	4.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Relazione sulla performance"	15	Si	Si (allegare documentazione)	
5	Relazione sulla Gestione	5.1	Trasmissione alla UOC Bilancio e Programmazione della "Relazione sulla Gestione"	15	Si	Si (allegare documentazione)	
6	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate	15	SI	SI	
		6.2	Monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato	5	SI	SI	
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Realizzazione degli audit previsti nel Piano di Internal Audit	15	Si	Si (allegare documentazione)	
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	10		100% (allegare report e relazione)	
totale peso				100			

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Legale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Monitoraggio delle attività di gestione del contenzioso	3.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso, con specifica descrizione delle cause contenzioso e tipologie, valore delle singole cause e stima del grado di soccombenza.	5	SI	SI (allegare report)	
		3.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	
		3.3	N. procedure attivate per recupero crediti / N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite	5	36/36 100%	100%	
		3.4	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI	SI (allegare report)	
		3.5	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai Legali con adozione delle relative determinine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	
4	Monitoraggio delle attività relative al contenzioso del lavoro	4.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso del lavoro, con specifica descrizione delle cause, del valore delle singole cause, della stima del grado di soccombenza.	5	SI	SI (allegare report)	
		4.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento.	5	SI	SI (allegare documentazione)	
		4.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI	SI (allegare documentazione)	
		4.4	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai Legali con adozione delle relative determinine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	
5	Monitoraggio delle attività relative alla gestione sinistri del personale	5.1	Gestione assicurativa polizze RCT/O - Infortuni - Kasko: N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri/N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti	10	174/174 100%	> 80%	
		5.2	Gestione liquidazione franchigia: N. totale liquidazioni effettuate in franchigia / N. di sinistri da liquidare in franchigia	5	12/12 100%	> 80%	
		5.3	Procedure denunce sinistri: N. Polizza gestite/N. procedure avviate	5	3/3 100%	> 80%	
6	Monitoraggio delle attività relative alle sanzioni	6.3	Produzione di report direzionale delle attività relative alle sanzioni	10	SI	SI (allegare report)	
7	Regolamentazione tariffe per compensi legali	7.1	Applicazione del regolamento sulle tariffe degli avvocati esterni	5	SI	SI	
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	8.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.E - Adempimenti Legge 24/2017: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	10	SI	SI (allegare relazione)	
totale peso				100			

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Psicologia							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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.	30		>= 80% (allegare report)	
4	Organizzazione eventi formativi destinati agli Psicologi dell'ASP	4.1	N. eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia	20		>=2	
5	Attività Psicologiche relative all'emergenza Covid-19	5.1	Attività di sostegno psicologico rivolto agli operatori sanitari impegnati nell'emergenza Covid-19, anche in modalità da remoto. N. Operatori sanitari assistiti nell'anno 2021. N. Interventi Psicologici effettuati nell'anno 2021.	20		Rilevazione e report	
		5.2	Attività di sostegno psicologico rivolto ai pazienti affetti da Covid-19 e loro familiari (sia in regime di ricovero che altrimenti domiciliati) svolta in modalità da remoto. N. Pazienti e Familiari assistiti nell'anno 2021. N. Interventi Psicologici effettuati nell'anno 2021.	20		Rilevazione e report	
totale peso				100			

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Servizio Prevenzione e Protezione							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Controllo idoneità dei locali deposito/archivi dei PP.OO.Aziendali	3.1	N. Presidi Ospedalieri nei quali si effettuerà la ricognizione, individuazione e accertamento delle idoneità/criticità dei locali sottoposti a controllo / N. Presidi Ospedalieri nei quali è stata effettuata la ricognizione, individuazione e accertamento delle idoneità/criticità dei locali sottoposti a controllo.	45		>=50%	
4	Ricognizione e verifica del corretto posizionamento della segnaletica (Covid - 19, sicurezza, antincendio) nei PP.OO.Aziendali	4.1	N. Presidi Ospedalieri nei quali si effettuerà la ricognizione, individuazione e accertamento delle idoneità/criticità dei locali sottoposti a controllo / N. Presidi Ospedalieri nei quali è stata effettuata la ricognizione, individuazione e accertamento delle idoneità/criticità dei locali sottoposti a controllo.	45		>=50%	
			totale peso	100			

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Centro Gestionale Screening							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)							
3	Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	6	56.042 / 56.042 100%	100%	
4	Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	4.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	10.393 / 50.266 21%	>=50%	
5	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	5.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	6	87.616 / 87.616 100%	100%	
6	Adesione del programma di screening del tumore della mammella (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	6.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	34.012 / 78.392 43%	>=60%	
7	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	7.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	6	167.331 / 167.331 100%	100%	
8	Adesione del programma di screening del colon retto (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	8.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	34.426 / 155.645 22%	>=50%	
9	Definizione tempi d'attesa per l'invio degli esiti negativi	9.1	N. esiti negativi inviati alla spedizione postale entro 1 settimana dalla registrazione dell'esito negativo / N. esiti negativi registrati	5			
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%	
		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	10		>=90%	
11	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (Customer satisfaction)	11.1	N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici a cui si somministra questionario di soddisfazione tramite approccio telefonico / N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici	5		>=0,5%	
12	Analisi modello precede-proceed screening mammografico e screening colon retto	12.1	Produzione di documenti di esito dell'analisi	10		SI (allegare documento)	
13	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	13.1	Compilazione survey nazionali GISMa, GISCoR, GISCi entro 15 giorni dopo la scadenza	10		SI (allegare relazione)	
14	Validazione procedure U.O. Centro Gestionale Screening	14.1	Produzione documento relativo a validazione procedure U.O. Centro Gestionale Screening	10		SI (allegare relazione)	
15	Rendicontazione attività sul programma degli screening oncologici (Accountability)	15.1	Realizzazione di incontri con Comitato consultivo aziendale e MMG	5		>=1	
16	Attivazione Farmacie per consegna SOF test su accordo regionale	16.1	N° farmacie attivate per consegna SOF test	5		>=20	
17	Aggiornamento della banca dati anagrafica	17.1	N. aggiornamenti annuali della banca dati anagrafica	6		1	
18	Rendicontazione e Pianificazione attività relativa al programma degli screening oncologici	18.1	N. incontri annuali con le UU.OO.SS. aziendali degli screening oncologici	5		>=2 allegare verbali	
totale peso				100			

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Educazione alla salute							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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)	
		3.2	Attività inerenti il Progetto di PSN/PRP 'Promozione allattamento materno' in ambienti scolastici ed extrascolastici	30		Si (allegare relazione)	
			totale peso	100			

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sorveglianza Sanitaria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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%	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	
4	Sorveglianza sanitaria in ambito nei confronti di soggetti esterni	4.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale dipendente da aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2020 / N. richieste di visite mediche da parte di aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2020	35	1.574/1.574 100%	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	
			totale peso	100			

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sistema Informativo e Statistico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	3.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	45	SI	SI (allegare report)	
		3.2	Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento	45	SI	SI (allegare relazione)	
			totale peso	100			

Dipartimento di Prevenzione							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
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	15	SI	SI	
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	10	95,8%	100%	
		5.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	10	100%	100%	
		5.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	10	100%	100%	
		5.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	10	80%	100%	
		5.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	10	100%	100%	
		5.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	10	100%	100%	
		5.7	UOC Accreditamento	10	100%	100%	
			totale peso	100			

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
<i>Coperture Vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive</i>							
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	Morbillo Parotite Rosolia 9.882/10.594=93,28% Meningococco:8,788 / 10.594=82,95 % Pneumococco: 9.770 / 10594 = 92,22%	esavalente, morbillo-parotite- rosolia, meningococco e pneumococco 92 - 95% a 24 mesi	
4	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.B Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini)	4.1	Relazione sulle attività svolte	10	Si	Si	
5	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)	5.1	N. vaccinazioni registrate nel 2022/ N. vaccinazioni effettuate nel 2022 (con riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale)	10	545.362 / 545.362 100%	100%	
6	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.D Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018)	6.1	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	10		Si (allegare relazione)	
7	Implementazione del Sistema di Sorveglianza per le Malattie Infettive	7.1	N° di notifiche inserite nel Sistema PreMal / N. totale notifiche di malattie infettive pervenute.	10	138 / 138 100%	≥ 95 %	
8	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	8.1	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	10	718 / 718 100%	100%	
<i>Altri obiettivi</i>							
9	Vaccinazioni internazionali	9.1	N. di soggetti sottoposti a vaccinazioni internazionali / N. di soggetti che ne fanno richiesta idonei alla vaccinazione	10	532 / 532 100%	100%	
10	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	10.1	N. schede di morte codificate e registrate / N. schede di morte pervenute	10	11.525 / 11.525 100%	100%	
		10.2	Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNCaM" (entro il 31 marzo 2022)	10	SI	SI	
totale peso				100			

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli ambienti di vita							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	<i>Tutela Ambientale:</i> Riunioni "focalpoint"	3.1	N. Riunioni realizzate / N. di Riunioni programmate	15	3 / 3 100%	3 / 3 (allegare documentazione delle riunioni)	
4	Monitoraggio condizioni igieniche nelle carceri	4.1	N. Case Circondariali verificate / n° Case Circondariali	15	4 / 4 100%	100%	
5	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali	5.1	N. di pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali	15	144 / 144 100%	100%	
6	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006	6.1	N. di pareri igienico sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006 rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste pervenute per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D,Lgs. 152/2006	15	12 / 12 100%	100%	
7	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	7.1	N. di pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	15	41 / 41 100%	100%	
8	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per la realizzazione di opere pubbliche	8.1	N. pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche	15	127 / 127 100%	100%	
				totale peso	100		

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
<i>Attività di Controllo Ufficiale - DDG n. 2435/2018 "PRIC Sicilia 2015 - 2018 Aggiornamenti annualità 2018 - 2019"</i>							
3	Piano regionale di controllo ufficiale sulla presenza di Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) negli alimenti (DDG n. 358 del 12/05/2020)	3.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare 8 campioni	5	8/8	8/8	
4	Piano regionale di controllo ufficiale dei Contaminanti agricoli e delle tossine vegetali negli alimenti - Anni 2020/2022 (DDG n.536 del 19/07/2020)	4.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	10	13/13	19/19	
5	Piano regionale di monitoraggio (alimenti) per i contaminati agricoli e le tossine vegetali naturali non inclusi nel regolamento (CE 1881/2006) anni 2020-2021 (DDG n.537 del 16/07/2020)	5.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	8/8	8/8	
6	Piano Regionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con Radiazioni Ionizzanti 2020-2022 (DDG n. 376 del 26/05/2020)	6.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	4/4	4/4	
<i>Prodotti fitosanitari:</i>							
7	Piano regionale di controllo dei residui di prodotti Fitosanitari in alimenti di origine vegetali e animali e Piano Comunitario di Controllo (PCC) anno 2020 (DDG n.535 del 16/07/2020)	7.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	10		1	
8	Piano regionale di controllo ufficiale sui Prodotti Fitosanitari e dei residui degli stessi negli alimenti	8.1	Rispetto Flusso informativo	5	SI	SI	
9	Ispezioni presso le rivendite, i locali di deposito, gli esercizi di vendita, i depositi di stoccaggio delle ditte che vendono fitofarmaci e loro coadiuvanti all'utilizzatore finale	9.1	N. ditte autorizzate ispezionate / N. ditte autorizzate	20	14/14	14/14	
10	Ispezioni nelle aziende agricole per il controllo ufficiale degli utilizzatori di fitofarmaci	10.1	N. aziende registrate ispezionate / N. aziende registrate	20	12/12	12/12	
<i>Programma Integrato Celiachia:</i>							
11	Rispetto Flusso informativo	11.1	Trasmissione flussi informativi entro il 31 marzo	5	SI	SI	
12	Alimenti Destinati a gruppi speciali della popolazione /ex ADAP) (DDG n. 1889/2018 Anno 2020)	12.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	12/12	20/20	
totale peso				100			

Dipartimento di Prevenzione: UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
<i>Prevenzione nei Luoghi di Lavoro</i>							
<i>Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP</i>							
3	Cantieri edili:	3.1	N. cantieri edili controllati / N. di notifiche preliminari anno 2018	15	150 / 842 17,8%	>= 17%	
4	Aziende Agricole	4.1	N. di aziende agricole ispezionate / N. di aziende agricole ispezionabili	15	133 / 130 >100%	100%	
5	Attività di informazione e formazione	5.1	N. di iniziative di informazione e formazione realizzate / N di iniziative di informazione e formazione da realizzare	15	3 / 3 100%	100% (3 / 3) (allegare documento di programmazione e documentazione delle iniziative realizzate)	
<i>Altri obiettivi</i>							
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 2018	15	86 / 86 100%	100%	
7	Controlli nei cantieri bonifica amianto	7.1	N. di controlli / N. Piani di Lavoro presentati	15	220 / 808 27,2%	>= 5%	
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	15	12 / 12 100%	>=80%	
totale peso				100			

Dipartimento di Prevenzione: UOC Impiantistica ed antinfortunistica							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Piano Attuativo Aziendale (PAA) 1.5 Prevenzione nei Luoghi di Lavoro: 1.5.C Attuazione delle procedure previste dal D.M. 11.04.11, di cui all'art. 71 del D.lgs. 81/08 e al D.A. n. 773/12. Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e impianti	3.1	Numero apparecchi verificati / Numero di richieste di verifica pervenute	20	1.494 / 1.721 87%	≥ 70%	
		3.2	Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti	10	1	≥ 1	
4	Incremento delle verifiche di apparecchi a pressione effettuate	4.1	N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate / N. verifiche apparecchi a pressione richieste x 100	15	1.321 / 1.429 92%	≥ 75%	
5	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	5.1	N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste	15	1.117 / 1.450 77%	≥ 75%	
		5.2	N. verifiche di impianti elettrici effettuate / N. verifiche impianti elettrici richieste (N.B. impianti elettrici = impianti di terra, di protezione dalle scariche atmosferiche e impianti elettrici nei luoghi con pericolo di esplosione)	15		≥ 75%	
		5.3	N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste	15	1.023 / 1.133 90%	≥ 75%	
			totale peso	100			

Dipartimento di Prevenzione: UOC Laboratorio medico di sanità pubblica							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
<i>Tutela Ambientale:</i>							
3	Acque di balneazione	3.1	N. di campioni acque di balneazione pervenuti / n. di campionamenti previsti da nuovo DDG per stagione balneare 2020	20	1.097 / 1.097 100%	≥ 95%	
<i>Sicurezza Alimentare</i>							
4	PAA Intervento 1.2 Sicurezza Alimentare 1.2 A Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove richieste dai Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti e sulle Acque destinate al consumo umano (Criticità POCS)	4.1	Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici)	15	SI	SI (allegare provvedimento/i)	
5	Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018 Aggiornamenti Annualità 2018 - 2019 (D.D.G. n. 2435/2018)	5.1	N. campioni analizzati / N. campioni pervenuti	20	179 / 179 100%	≥ 95%	
6	Controlli microbiologici acque destinate al consumo umano DLgs 31/200 e ss.mm.ii.	6.1	N. campioni di acque analizzati / N. campioni consegnati al laboratorio come da programmazione annuale	20	1.381 / 1.381 100%	≥ 95%	
7	Piano prevenzione Legionella: analisi su acque destinate al consumo umano e campioni di aria confinata	7.1	N. test per legionella eseguiti / n° campioni pervenuti come da programmazione annuale	15	316 / 316 100%	≥ 95%	
			totale peso	100			

Dipartimento di Prevenzione Veterinario

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1	4.1	Monitoraggio indicatori Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1 (per la parte di competenza) e trasmissione report trimestrali alla UOC Coordinamento Staff Strategico	5	20	Si	
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Sanità animale Area A	20	98,60%	100%	
		5.2	UOC Igiene e produzione di alimenti di origine animali e loro derivati Area B	20	100%	100%	
		5.3	UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche Area C	20	100%	100%	
		5.4	UOC Igiene urbana e lotta al randagismo	20	100%	100%	
totale peso				100			

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Sanità animale (Area A)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	7.218 / 7.241 99,7%	95%	
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	25,28 <28 =100% 28,78 <30 =75%	≤ 28 gg obiettivo raggiunto al 100% ≤ 30 gg obiettivo raggiunto al 75% ≤ 32 gg obiettivo raggiunto al 50% > 32 gg obiettivo raggiunto 0%	
5	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	5.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	10	50,09 < 63 = 100%	≤ 63 gg obiettivo raggiunto 100% ≤ 68 gg obiettivo raggiunto 75% > 68 gg obiettivo raggiunto 0%	
6	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	6.1	N. aziende bovine controllate anagraficamente/N. aziende bovine controllabili	10	177 / 2.487 = 7,12%	>= 5% (allegare anche elenco aziende)	
		6.2	N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. aziende ovi-caprine controllabili	10	116 / 2.234 = 5,19%	>= 3% (allegare anche elenco aziende)	
7	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	7.1	Percentuale di riduzione della prevalenza	10	Br 60,00% BROC 56,92%	>=15% di riduzione	
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	6/3 >1	>=1	
9	Prevenzione delle zoonosi	9.1	Numero indagini epidemiologiche effettuate nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	10	161 / 161 100%	100%	
10	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	10.1	N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate inserite nel SANAN / N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate	10	11.046 / 11.046 100%	95%	
totale peso				100			

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene produzione alimenti origine animale (Area B)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	SI (allegare relazione)	
4	Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	4.1	Registrazione dei dati nel Sistema informativo regionale Demetra	20	SI	SI (allegare relazione)	
5	Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari	5.1	Rispetto flusso informativo	15	SI	SI (allegare relazione)	
6	Verifica del rispetto della normativa relativa ad alimenti di origine animale negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	6.1	N. campioni alimentari di origine animale analizzati/N. campioni alimentari di origine animali programmati	15	389 / 371 >100%	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)	
7	Prevenzione e controllo delle zoonosi derivate dal consumo di alimenti	7.1	Numero controlli effettuati nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	10	27 / 27 100%	100%	
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	6	>= 2 eventi (documentare)	
			totale peso	100			

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche (Area C)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	102 / 102 100%	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)	
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	45	6	>= 2 eventi (documentare)	
			totale peso	100			

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene urbana e lotta al randagismo

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Applicazione Procedura per la programmazione e lo svolgimento nei controlli sanitari nei rifugi sanitari e nei rifugi per il ricovero per cani e gatti, pubblici e privati (PR-003-DPV-001 del 16/12/2016)	3.1	N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti controllati / N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti autorizzati e attivi	45	7 / 7 100%	100% (allegare elenco)	
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi e/o formativi realizzati nell'anno	45	52	>= 15 (documentare)	
			totale peso	100			

Dipartimento Farmaceutico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2021	V.R. 2021
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Contenimento della spesa farmaceutica (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a5)	4.1	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione: monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della stessa	25	SI	SI (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	5.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.D - Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "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	SI (allegare relazione)	
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	5	SI	SI (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia	10	100%	100%	
		8.2	UOC Integrazione Farmaceutica ospedale-territorio	10	100%	100%	
		8.3	UOC Farmacia Ospedaliera P.O.Ingrassia	10	100%	100%	
totale peso				100			

Dipartimento Farmaceutico: UOC Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Contenimento della spesa farmaceutica	3.1	FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza e di appropriatezza prescrittiva, per il contenimento della stessa, relativamente ai farmaci di fascia A	25	SI	SI (allegare relazione)	
			DISTRIBUZIONE PER CONTO: Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza e di appropriatezza prescrittiva, per il contenimento della stessa, relativamente ai farmaci di fascia A-phT in DPC	25	SI	SI (allegare relazione)	
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito territoriale - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito territoriale	30	SI	SI (allegare relazione)	
5	Monitoraggio delle prescrizioni mediante lettura ottica	5.1	Controllo mediante sistema di lettura ottica delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate nell'anno mobile settembre 2021/ottobre 2022	10	SI	100% (allegare report)	
totale peso				100			

Dipartimento Farmaceutico: UOC Integrazione Farmaceutica ospedale-territorio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Contenimento della spesa farmaceutica	3.1	DISTRIBUZIONE DIRETTA: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA e analisi e monitoraggio della spesa farmaceutica dei farmaci, realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della spesa farmaceutica in distribuzione diretta, piani terapeutici erogati	10		SI (allegare relazione)	
		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	10		≥ 80%	
		3.3	Richieste relative a Registro AIFA caricate al sistema (dispensazioni, MEA, risk sharing)/totale delle richieste pervenute alla Farmacia Territoriale	10		100%	
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	10	SI	SI (allegare relazione)	
		4.2	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%	
5	Gestione di magazzino	5.1	Verifica delle Giacenze di magazzino mediante inventari periodici (mensili, semestrali, annuali) come da procedure aziendali	10		SI (allegare relazione)	
		5.2	Movimenti informatici di carico e scarico delle operazioni di farmacia/ totale dei movimenti relativi all'anno 2022	10		100%	
6	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito"	6.1	solo per i P.O: di Partinico e Termini Imerese - N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro una settimana dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	10		≥ 90%	
		6.2	solo per i P.O: di Partinico e Termini Imerese - N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro 48 ore dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	10		≥ 90%	
totale peso				100			

Dipartimento Farmaceutico: UOC Farmacia Ospedaliera Ingrassia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi"	3.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro una settimana dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	10	>=90%	>=90%	
		3.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro 48 ore dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	10	>=90%	>=90%	
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	15	SI	SI (allegare relazione)	
		4.2	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	15		>=90%	
5	Contenimento della spesa farmaceutica	5.1	N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico/ N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	10	>= 80%	>= 80%	
6	Gestione di magazzino	6.1	Verifica delle Giacenze di magazzino mediante inventari periodici (mensili, semestrali, annuali) come da procedure aziendali	10		SI (allegare relazione)	
		6.2	Ispezioni presso gli armadi di reparto con verifica delle giacenze di magazzino e gestione delle scorte	10		SI (allegare relazione)	
		6.3	Movimenti informatici di carico e scarico delle operazioni di farmacia/ totale dei movimenti dell'anno 2022	10		100%	
			totale peso	100			

Dipartimento della Salute della Famiglia
Scheda indicatore: Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1):
Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina

N. Sub-OBTV	Sub-OBIETTIVO	N. Sub-IND.	Sub-INDICATORE	% sul PESO	V.R. 2019	V.A. 2021 *	V.R. 2021
1	Estensione screening del cervico carcinoma	1.1	N. di soggetti invitati / popolazione target anno	35%	120.654/117.494 >100%	100%	
2	Adesione screening del cervico carcinoma	2.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5%	19.561/117.056 16,71%	>=50%	
3	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	3.1	Compilazione survey entro 15 giorni la scadenza indicata dal serv.1/DASOE	5%		Si (allegare relazione)	
4	Tempestività invio prelievo	4.1	N. prelievi per HPV-DNA e/o Pap test inviati ad Anatomia patologica entro 1 settimana / N. prelievi effettuati	5%		>=80%	
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	5%		>=80%	
6	Tempestività della colposcopia	6.1	N. utenti con test positivo che effettuano colposcopia entro 4-8 settimane(o entro i tempi normati) dall'evidenza del test positivo / N. utenti con test positivo	10%		>=80%	
7	Miglioramento dell'accessibilità per l'attività di screening	7.1	Numero partecipazioni a eventi di prevenzione oncologica/numero eventi /sessioni previsti	20%		>=50%	
8	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (customer satisfaction)	8.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	10%		>=95%	
9	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening del tumore della cervice uterina	9.1	Aggiornamento del PDTA per lo Screening del cervicocarcinoma	5%		Si (allegare documento)	
				100%			

Dipartimento della Salute della Famiglia							
N. OBTV	OBIEETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1): Screening oncologico relativo al carcinoma della cervice uterina	4.1	Raggiungimento dei sub-obiettivi indicati nella scheda SCR allegata	15		100%	
5	Promozione dell'allattamento	5.1	Realizzazione delle attività di competenza previste dal D.A.n.1539 del 5 settembre 2018 "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Macroobiettivo 1 Azione promozione allattamento al seno. Adozione di Linee di indirizzo policy aziendale delle strutture pubbliche e private della Regione Sicilia"	3	SI	SI (allegare relazione)	
6	Psicologia delle adozioni e Psicologia della genitorialità	6.1	Realizzazione di un percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali	4	SI	SI (allegare relazione)	
		6.2	Adesione al progetto "Percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali". N. coppie partecipanti al progetto / N. coppie invitate a partecipare	4	40 / 40 100%	>=60%	
		6.3	Revisione e aggiornamento delle procedure di intervento adottate dalla UOS genitorialità	4	SI	SI (allegare relazione)	
		6.4	Numero colloqui effettuati su richiesta degli enti accreditati alla UOS genitorialità / Numero totale colloqui richiesti dagli enti accreditati	4	63 / 67 94%	>=90%	
7	Fisiopatologia della riproduzione	7.1	N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio	3	74 / 81 91,35%	>= 90%	
8	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)	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 pregresso cesareo	5	SI	SI (allegare relazione)	
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) Nei PN senza (TIN): 4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP) 4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO) 4.2.2) Nei PN (con TIN): 4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI 4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	4	SI	SI (allegare report e relazione)	
10	PAA - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - sub-obiettivo 1.4.A: Sorveglianza malformazioni congenite	10.1	N. segnalazioni malformazioni congenite anno 2022 / N. segnalazioni malformazioni congenite anno 2021	4		>=90 %	
11	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipativa 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)	11.1	Soddisfaccimento 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 punti nascita aziendali)	3		SI (allegare relazione)	
12	Miglioramento dell'attività assistenziale in ambito ostetrico e pediatrico	12.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura per la integrazione dell'attività dei consultori e degli ospedali che preveda incontri almeno trimestrali e la previsione di consulenze dei medici ospedalieri presso il consultorio e le ultime visite prima del parto eseguite dal personale del consultorio presso l'ospedale. Elaborazione entro il 30/3/2022 e implementazione entro il 30/6/2022	3		SI (allegare relazione)	
		12.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione della partoanalgesia h24 presso tutti i PP.OO., condivisa con il Dipartimento Emergenza-Urgenza Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/9/2022	3		SI (allegare relazione)	
		12.3	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con l'area di emergenza. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/9/2022	3		SI (allegare relazione)	
13	Incremento attività ospedaliera	13.1	Numero di incontri con i portatori di interesse, Medici di Medicina Generale e specialisti, al fine di incrementare l'attività ospedaliera	3			
14	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	14.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI		
15	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	15.1	UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia (compresa la UOSD Ginecologia e Ostetricia di Partinico e la UOS di Corleone)	3	100%		
		15.2	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	3	90,00%		
		15.3	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.F. Ingrassia - DO PA3	3	91,73%		
		15.4	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2 (compreso la UOSD Pediatria di Partinico e la UOS di Corleone)	3	100,00%		
		15.5	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	3	100,00%		
totale peso				100			

Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Organizzazione di Corsi di accompagnamento alla nascita	3.1	Stesura di linee di indirizzo di Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita	5		Si (allegare documento)	
		3.2	N. di Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita attivati secondo linee di indirizzo	5		>=3	
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	5		>=50%	
5	Percorso nascita	5.1	N. ecografie di screening primo trimestre effettuate / N. ecografie di screening primo trimestre richieste dai Consulitori familiari	5	830/ 1.155 71,86%	>=70%	
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	7,5	1.625/2.199 73,90%	>=70%	
		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	400/885	>=60%	
7	Area sociale: rilevazione violenza di genere	7.1	N. colloqui sociali in accoglienza effettuati presso i CCFF AREA 3 con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. colloqui sociali in accoglienza effettuati	7,5		>=70%	
		7.2	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata presso i CCFF AREA 3 da parte dell' assistente sociale con successivo approfondimento mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dell'assisten	10		>=70%	
	Area sociale: promuovere l'offerta attiva dei consultori familiari a favore delle scuole per l'attivazione di un circolo virtuoso ai fini di una maggiore conoscenza e promozione delle attività consultoriali nei territori di pertinenza.	7.3	N. incontri effettuati presso le scuole (medie inf e sup.) di pertinenza territoriale con il coinvolgimento degli organismi scolastici collegiali / N. scuole presenti nel territorio dei CCFF AREA 1 e 2	10		>=15%	
		7.4	elaborazione/produzione piano intervento (da realizzare nell'A.S. 20/21) per l'attività di promozione delle attività consultoriali ed il recupero del rapporto con le scuole (medie inf. e sup.) ricadenti nel bacino territoriale dei CCFF AREA 1 e 2	10		Si	
8	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 Aenas (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Soddisfaccimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 125 (Presenza di un corso sulle problematiche post-partum rivolto alle neo-madri o ai neo-genitori per il distretto n. 40 Corleone)	5		Si (allegare relazione)	
9	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1):Screening oncologico relativo al tumore del colon retto e mammella	9.1	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		>=40%	
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si (allegare report)	
totale peso				100			

Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	124 / 124 100%		
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	116/386 30,05% fonte BI	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
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	0	0	
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.1	Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021	10		>=95%	
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021	10		<=105%	
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

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.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	30	108 / 108 100%		
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	87/361 24,10% fonte BI	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021	10		>=95%	
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021	10		<=105%	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Pediatria - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. ORTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	63/63 100%		
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)	5		< 8%	
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021	10		>=95%	
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021	10		<=105%	
		6.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021	10		>=95%	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Neonatologia - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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)	
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	4/15 26,66% giustificato	< 5%	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 -3 gg	25		DM 2021 -3 gg	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
			totale peso	100			

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Revisione Protocollo per la Contenzione in SPDC	4.1	Elaborazione della revisione del Protocollo per la Contenzione in SPDC	10		Documento	
5	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare, ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager). Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti con diagnosi 295/296	5.1	Monitoraggio avvenuto Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	10		100%	
6	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	6.1	Monitoraggio sulla redazione di N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	10		Produzione report al: 30 giugno 30 settembre 31dicembre	

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	N. utenti affetti da Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa ad esordio durante il periodo pandemico che hanno ricevuto un trattamento integrato multidisciplinare e/o multiprofessionale / N. di utenti affetti da Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa ad esordio durante il periodo pandemico	11		>=70%	
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
9	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	9.1	Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo	3	100%	100%	
		9.2	Modulo 2 (UOC) Palermo	3	100%	100%	
		9.3	Modulo 3 (UOC) Palermo	3	100%	100%	
		9.4	Modulo 4 (UOC) Palermo	3	100%	100%	
		9.5	Modulo 5 (UOC) Palermo	3	100%	100%	
		9.6	Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria	3	100%	100%	
		9.7	Modulo 7 (UOC) Cefalù-Petralia Sottana	3	100%	100%	
		9.8	Modulo 8 (UOC) Corleone-Lercara Friddi	3	100%	100%	
		9.9	Modulo 9 (UOC) Partinico-Carini	3	100%	100%	
		9.10	Dipendenze Patologiche (UOC)	3	100%	100%	
		9.11	NPIA (UOC)	3	100%	100%	
		9.12	Disturbi del comportamento alimentare ambulatoriale e residenziale (UOC)	3	100%	100%	
		9.13	Disturbi dello spettro autistico	3	100%	100%	
totale peso				100			

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per 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	3.1	N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico	15		>=40%	
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022	20		70%	
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	20		100%	
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=80%	
6	Monitoraggio Contenzione in SPDC	6.1	N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno	10		Report semestrale	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per 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	3.1	N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico	15		>=40%	
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022	20		70%	
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	20		100%	
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=80%	
6	Monitoraggio Contenzione in SPDC	6.1	N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno	10		Report semestrale	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per 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	3.1	N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico	15		>=40%	
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022	20		70%	
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	20		100%	
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=80%	
6	Monitoraggio Contenzione in SPDC	6.1	N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno	10		Report semestrale	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
			totale peso	100			

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 4 (UOC) Palermo							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per 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	3.1	N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NP/IA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico	15		>=40%	
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022	20		70%	
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	20		100%	
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=80%	
6	Monitoraggio Contenzione in SPDC	6.1	N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno	10		Report semestrale	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per 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	3.1	N° PTI integrati e condivisi/ N° di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico	15		>=40%	
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022	20		70%	
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	20		100%	
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=80%	
6	Monitoraggio Contenzione in SPDC	6.1	N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno	10		Report semestrale	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per 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	3.1	N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico	15		>=40%	
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022	20		70%	
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	20		100%	
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=80%	
6	Monitoraggio Contenzione in SPDC	6.1	N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno	10		Report semestrale	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
			totale peso	100			

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 7 (UOC) Cefalù - Petralia Sottana							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per 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) del Dipartimento	3.1	N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NP) e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico	15		>=40%	
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022	20		70%	
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	20		100%	
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=80%	
6	Monitoraggio Contenzione in SPDC	6.1	N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno	10		Report semestrale	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
			totale peso	100			

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 8 (UOC) Corleone - Lercara Friddi							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per 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	3.1	N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico	15		>=40%	
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022	20		70%	
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	20		100%	
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=80%	
6	Monitoraggio Contenzione in SPDC	6.1	N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno	10		Report semestrale	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per 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) del Dipartimento	3.1	N °PTI integrati e condivisi/ N ° di pazienti individuati da UU.OO. NP) e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico	15		>=40%	
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana. In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022	20		70%	
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	20		100%	
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=80%	
6	Monitoraggio Contenzione in SPDC	6.1	N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno	10		Report semestrale	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
			totale peso	100			

**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.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Applicazione procedura "Individuazione e presa in carico del minore portatore di handicap ai fini dell'inserimento scolastico" PR019DSM 001 del 20/1/2014	3.1	Monitoraggio degli indicatori della procedura con raggiungimento dei valori attesi previsti	20	SI	SI (allegare relazione)	
4	Applicazione percorso diagnostico-terapeutico "Gestione degli interventi in favore dei minori vittima di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie" PD003DIR00 del 21/12/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del percorso diagnostico-terapeutico con raggiungimento dei valori attesi previsti	20	SI	SI (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 - intervento 3.2 (Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo)	5.1	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi	5		SI (allegare relazione)	
		5.2	Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	5		SI (allegare relazione)	
6	Disturbi dello spettro autistico applicazione procedura diagnostico/valutativa	6.1	Numero di pazienti con disturbo dello spettro autistico valutati con una procedura multiprofessionale completa/ numero di pazienti con disturbi dello spettro autistico afferenti all'ambulatorio per la diagnosi precoce e la presa in carico del disturbo autistico	5		50%	
7	Disturbi specifici di apprendimento (DSA). Applicazione L. 170/2010	7.1	N. soggetti con verifica di diagnosi di DSA / N. invii con specifica scheda di sospetto DSA dalle scuole	10		>= 85%	
		7.2	n. pazienti diagnosticati con DSA e valutati secondo consensus conferenze 2011 / N. pazienti diagnosticati con DSA	10		100%	
8	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree(SM, DP e NPIA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	8.1	N. di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono agli ambulatori NPIA e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA / N. di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono agli ambulatori NPIA	15		>=30%	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Individuazione pazienti con comorbidità psichiatrica e con comorbidità infettiva presso i SerT	3.1	N. nuovi utenti scenati per HCV/ N. nuovi utenti presi in carico dai SERT	10		70%	
		3.2	N. nuovi utenti inviati al trattamento per HCV/N. nuovi utenti positivi per HCV	10		100%	
4	Individuazione nuovi utenti con comorbidità psichiatrica	4.1	N. nuovi utenti con comorbidità psichiatrica presi in carico / N. nuovi utenti con comorbidità psichiatrica	10		70%	
5	Screening sui comportamenti a rischio di gioco d'azzardo patologico rivolto agli utenti tossicodipendenti ed alcolisti in carico presso i SERT	5.1	N. questionari Screening GAP somministrati / N. nuovi utenti tossicodipendenti e alcolisti presi in carico presso i SERT	30	2.244 / 3.749 59,86%	≥ 90%	
6	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per 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	6.1	N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e CSM e segnalati al SERD per la presa in carico	25		≥30%	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
				totale peso	100		

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	RISK management : implementazione integrazione sistemi informatci	4.1	Intergrazione informatica gestionale reparti / gestionale di laboratorio per trasmissione on line referto di laboratorio,	10	SI	SI (allegare documento)	
		4.2	Intergrazione informatica provette progetto GET / LIS Laboratorio	10		SI (allegare documento)	
5	Miglioramento delle informazioni agli utenti sul funzionamento del Dipartimento	5.1	Revisione del Regolamento di funzionamento del Dipartimento e invio all'U.O.Comunicazione e Informazione per la pubblicazione sul sito aziendale .	10	SI	SI (allegare documento)	
6	Controllo qualità acque per uso umano	6.1	Monitoraggio dei parametri accreditati per le acque potabili destinate al consumo umano	5	SI	SI (allegare report)	
7	Miglioramento della qualità	7.1	Monitaggio in remoto dei sistemi analitici di laboratorio/ fermi tecnici	5	SI	SI (allegare relazione)	
		7.2	Monitaggio in remoto dei sistemi informatici di laboratorio rispetto ai tempi degli esiti (fermi tecnici)	5	SI	SI (allegare relazione)	
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	>5% giustificato	> 10%	
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
10	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	10.1	UOC Laboratorio d'analisi - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%	
		10.2	UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%	100%	
		10.3	UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	
		10.4	UOC Anatomia e Istologia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	
		10.5	UOC Medicina Trasfusionale	5	100%	100%	
totale peso				100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	5	SI	SI (allegare documento)	
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	5	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	236.395/244.384 96,73%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	232.633/247.460 94%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	117.711/139.411 84,43%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.4	N° esami di Laboratorio con Valori critici comunicati alle UU.OO. del P.O/ n° esami di Laboratorio rilevati	15		>=90%	
5	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i>	5,1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	15		SI (allegare relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	5	SI	SI (allegare documento)	
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	5	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	236.395/244.384 96,73%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	232.633/247.460 94%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	117.711/139.411 84,43%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.4	N° esami di Laboratorio con Valori critici comunicati alle UU.OO. del P.O/ n° esami di Laboratorio rilevati	15		>=90%	
5	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i>	5,1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	15		SI (allegare relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "C.F. Ingrassia" di Palermo							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	5	SI	SI (allegare documento)	
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	5	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	236.395/244.384 96,73%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	232.633/247.460 94%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	117.711/139.411 84,43%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.4	N° esami di Laboratorio con Valori critici comunicati alle UU.OO. del P.O/ n° esami di Laboratorio rilevati	15		>=90%	
5	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i>	5.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	15		SI (allegare relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

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.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Tempestività della refertazione casi oncologici	3.1	N. casi oncologici refertati entro 20 gg dall'arrivo del campione / N. totale casi oncologici refertati	15	670 / 677 98,9%	>=90%	
4	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	
<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>							
5	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i>	5.1	Partecipazione ai circuiti interlaboratori regionali e Nazionali con particolare riguardo alle VQ per HPV	20		Sì (allegare documento)	
6	Riduzione dei tempi di refertazione del PAP test	6.1	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%	
7	Riduzione dei tempi di refertazione HPV-DNA test	7.1	N. HPV-DNA test refertati entro 12 giorni dall'accettazione in Anatomia patologica / N. HPV-DNA test accettati	20		≥80%	
8	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening relativo al tumore colon retto	8.1	Aggiornamento del PDTA dello screening del cervico carcinoma del colon retto	15		Sì (allegare documento)	
totale peso				100			

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Medicina Trasfusionale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Miglioramento delle informazioni agli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. C. Medicina trasfusionale in funzione dell'adeguamento alla ISO 9001-2015 e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	25	SI	SI (allegare documento)	
4	Revisione del Manuale Buon uso del sangue	4.1	Aggiornamento del Manuale del Buon uso del sangue e della modulistica di riferimento e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale con monitoraggio PBM (Patient Blood Medical)	20	SI	SI (allegare documento)	
5	Valutazione del rischio trasfusionale: monitoraggio dati SISTRA	5.1	Rilevazione indicatore: N. richieste trasfusionali conformi per appropriatezza clinica / N. totale delle richieste trasfusionali	20		>=70 %	
6	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	6.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	10		SI (allegare documento)	
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	7.1	Realizzazione dell'intervento 2.6.B Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2021 N.B.: Il sub-obiettivo 2.6.B sarà conseguito: o al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della quantità di Plasma prevista per il sub obiettivo 2 pari a + 60 Kg di plasma rispetto all'anno 2018 o La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 60 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto Per scostamenti > del 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.	10		Vedi NB	
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

Scheda indicatore: Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1):

Screening oncologico relativo al tumore della mammella

N. Sub-OBTV	Sub-OBIETTIVO	N. Sub-IND.	Sub-INDICATORE	% sul PESO	V.R. 2019	V.A. 2022 *	V.R. 2022
1	Estensione screening tumore della mammella	1.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	40%	100%	100%	
2	Adesione screening tumore della mammella	2.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5%		>=60%	
3	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening del tumore della mammella	3.1	Aggiornamento PDTA screening del tumore della mammella	10%		Sì (allegare documento)	
4	Miglioramento dell'accessibilità per l'attività di screening	4.1	Numero sessioni nei giorni di sabato o domenica	5%		1/mese per centro	
5	Riduzione dei tempi di refertazione delle mammografie negative	5.1	N. mammografie esitate entro 30 gg dall'esecuzione /N. mammografie eseguite	10%		>=90%	
6	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (Customer satisfaction)	6.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	5%		95%	
7	Riduzione dei tempi di esecuzione delle indagini di approfondimento	7.1	N. indagini di approfondimento non invasive eseguite entro 20 gg / N. di mammografie eseguite con esito dubbio	5%		90%	
8	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	8.1	Compilazione survey entro 15 giorni dopo la scadenza	5%		Sì (allegare relazione)	
9	Riduzione del numero delle indagini di approfondimento	9.1	N. indagini di approfondimento non invasive eseguite / N. di mammografie eseguite	10%		(<= 7% primi esami; <= 5% esami successivi)	
10	Riduzione del tasso di richiamo tecnico	10.1	N. richiami tecnici relativi all'esecuzione della mammografia da parte del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica / N. mammografie eseguite.	5%		<3%	
				100%			

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1); Screening oncologico relativo al tumore della mammella	4.1	Raggiungimento dei sub-obiettivi indicati nella scheda SCR allegata	35		100%	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	30	SI	SI (allegare relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Integrazione radiologia ospedaliera e territoriale	5	100%	100%	
		7.2	UOC Radiologia - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%	
		7.3	UOC Radiologia- DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	
totale peso				100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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 – 20223- Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Elaborazione di referto strutturato	3.1	N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati	35	8 / 10 80%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	
4	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	4.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	40	130 /134 97%	≥ 80%	
5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	5.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	8 / 10 80%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	
4	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	4.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	40	133 /133 100%	≥ 80%	
5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	5.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
			totale peso	100			

Dipartimento Emergenza-Urgenza

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Gestione del dolore in ospedale	3.1	Elaborazione/Revisione del Protocollo di gestione del dolore postoperatorio che definisca - modalità di valutazione del dolore - trattamento del dolore - modalità di rivalutazione e terapia di salvataggio	5		Sì (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 due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	5	2	2	
5	Miglioramento dell'attività assistenziale	5.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione della partoanalgesia h24 presso tutti i PP.OO., condivisa con il Dipartimento della Famiglia Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/9/2022	5		Sì (allegare relazione)	
		5.2	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		>90%	
		5.3	Implementazione della procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di terapia intensiva coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio.	5		Sì (allegare relazione)	
		5.4	Implementazione 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO.	5		Sì (allegare relazione)	
		5.5	Attivazione 2 posti letto di terapia del dolore	3		Sì	

Dipartimento Emergenza-Urgenza

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	3		vedi indicazioni assessoriali	
		6.2	Elaborazione del Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2022 in collaborazione con il team aziendale	10		SI	
		6.3	Monitoraggio attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2021 in collaborazione con il team aziendale	10		SI	
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOSDIP Pronto Soccorso PO Petralia	7.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	2	K=0,44	vedi indicazioni assessoriali	
		7.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2021 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	2	SI	SI	
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	94,85%	100%	
		8.2	UOC Servizio di Anestesia - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	96,14%	100%	
		8.3	UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	94,85%	100%	
		8.4	UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5		100%	
		8.5	UOC Pronto Soccorso - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5		100%	
		8.6	UOC Astanteria - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5		100%	
totale peso				100			

Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Terapia Intensiva - DO1 P.O. "Civico" di Partinico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento di Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	30/30 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)	
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	5	26/66 39,39%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg	15		DM 2021 - 2 gg	
totale peso				100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	15/15 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)	
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	5	92/134 68,66% fonte BI	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg	15		DM 2021 - 2 gg	
			totale peso	100			

Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	15/15 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)	
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	5	54/104 51,92% fonte BI	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.1	Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021	5		>=95%	
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021	5		<=105%	
		7.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021	5		>=95%	
totale peso				100			

Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico							
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOC Pronto Soccorso PO Partinico	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa $t = \frac{n.pazienti\ con\ permanenza > 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n.pazienti\ con\ permanenza < 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}$	15	K=0,63	vedi indicazioni assessoriali	
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2022 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	20	SI	SI	
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOS Pronto Soccorso PO Corleone	4.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa $t = \frac{n.pazienti\ con\ permanenza > 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n.pazienti\ con\ permanenza < 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}$	15	K=0,14	vedi indicazioni assessoriali	
		4.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2022 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	20	SI	SI	
5	Miglioramento dell'attività assistenziale UOC Pronto Soccorso PO Partinico	5.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)	2		>=95%	
		5.2	Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso FMUR)	2		0%	
		5.3	Dimissioni verso strutture ambulatoriali	2		valore 2022 >= 1.2 x valore 2021	
		5.4	Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente	2		<=7	
		5.5	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/9/2021	2		SI (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale UOS Pronto Soccorso PO Corleone	6.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)	2		>=95%	
		6.2	Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso FMUR)	2		0%	
		6.3	Dimissioni verso strutture ambulatoriali	2		valore 2022 >= 1.2 x valore 2021	
		6.4	Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente	2		<=7	
		6.5	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/9/2022	2		SI (allegare relazione)	
totale peso				100			

Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Pronto Soccorso - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	25	K=0,38	vedi indicazioni assessoriali	
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2022 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	40	SI	SI	
4	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Pronto Soccorso	4.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)	5	81,32%	>=95%	
		4.2	Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR)	5		0%	
		4.3	Dimissioni verso strutture ambulatoriali	5		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021	
		4.4	Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente	5		<=7	
		4.5	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/9/2022	5		SI (allegare relazione)	
			totale peso	100			

Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Astanteria - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	25	K=0,65	vedi indicazioni assessoriali	
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2022 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	40	SI	SI	
4	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOS Pronto Soccorso	4.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7(il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)	5		>=95%	
		4.2	Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR)	5		0%	
		4.3	Dimissioni verso strutture ambulatoriali	5		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021	
		4.4	Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente	5		<=7	
		4.5	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/9/2022	5		Sì (allegare relazione)	
totale peso				100			

Dipartimento Cure Primarie

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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	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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	
4	- Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23	4.1	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante ed ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	25		Si (allegare report)	
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Cure primarie	15		100%	
		5.2	UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15		100%	
		5.3	UOC Medicina legale e fiscale	15		100%	
		5.4	UOC Cronicità e percorsi assistenziali	15		100%	
			totale peso	100			

Dipartimento Cure Primarie UOC Cure Primarie							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	3.1	<p>Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio degli indicatori previsti dagli obiettivi di salute e funzionamento 2019-2020:</p> <p>a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici</p> <p>b) N. Medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) con trasmissione all'UOC Coordinamento Staff strategico /Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta</p> <p><u><i>N.B.: la UOC stabilirà i valori attesi degli indicatori per i presidi ospedalieri e per i distretti sanitari e ne valuterà il raggiungimento</i></u></p>	20	SI	SI (allegare report)	
4	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	4.1	Supporto alla UOS Coordinamento Gestionale Screening per l'aggiornamento della Banca dati anagrafica (esito file MMG/assistiti ogni 2 mesi)	10	SI	SI (allegare relazione)	
5	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	5.1	Realizzazione delle attività finalizzate all'acquisizione/caricamento dei consensi informati da parte delle strutture aziendali e rendicontazione dell'indicatore: % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati	25	SI	SI (allegare relazione e report)	
		5.2	Rendicontazione indicatore: % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	10	SI	SI (allegare report)	
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	6.1	<p>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:</p> <p>Rendicontazione dell'indicatore "N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico"</p>	20	SI	SI (allegare report)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Dipartimento Cure Primarie UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		3.2	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	5	SI	SI (allegare report)	
		3.3	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)	
		3.4	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10	SI	SI (allegare report)	
		3.5	Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10	SI	SI (allegare report)	
		3.6	Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)	
		3.7	Relazione annuale complessiva sui risultati raggiunti, con specifica dell'attuazione degli interventi/azioni effettuati da ciascuna struttura aziendale rispetto a agli interventi/azioni previsti dal programma attuativo aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)	
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	Elaborazione del Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa secondo quanto previsto dal DA n.1103/2020	15		SI (allegare Piano)	
		4.2	Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa	20		SI (allegare relazione)	
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.	5	SI	SI (allegare relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Dipartimento Cure Primarie UOC Medicina legale e fiscale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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		>=90%	
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	45	346/346 100%	>=90%	
			totale peso	100			

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) - 3.3.A	4.1	Effettuazione di almeno una riunione semestrale con i Direttori dei Distretti Sanitari relativamente alle linee di indirizzo per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per il monitoraggio dell'applicazione	10		>= 2	
		4.2	Relativamente agli esiti delle riunioni semestrali di cui all'indicatore 4.1, analisi delle criticità e coordinamento della azioni di miglioramento da implementare con i Direttori dei Distretti Sanitari	15		SI (allegare relazione)	
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Assistenza riabilitativa territoriale	15		100%	
		5.2	UOC UOC Integrazione socio-sanitaria	15		100%	
		5.3	UOC Specialistica ambulatoriale esterna ed interna	15		100%	
		5.4	UOC Assistenza socio-sanitaria demenze - Centro di riferimento regionale per le demenze	15		100%	
totale peso				100			

**Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria
UOC Assistenza riabilitativa territoriale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	72/72 100%	100%	
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	9/15 60%	>=70%	
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	5.1	Monitoraggio applicazione della procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa ed attuazione eventuali misure di miglioramento	10		SI (allegare relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
			totale peso	100			

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria UOC Integrazione socio-sanitaria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2020 *	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	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%	100%	100%	
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	16.025/18.948 85%	>= 80%	>= 70%	
		3.2	N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2022 / dato medio biennio 2018-2019	15	16.548/14.366 115%	>= 105%	>= 5%	
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	496/1.039 48%	>= 40%	>= 30%	
5	Sistema informativo integrato e cartella socio-sanitaria informatizzata per la realizzazione di servizi e prestazioni socio-sanitarie integrate	5.1	Integrazione dei software delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione: Definizione programmazione e realizzazione attività previste per il 2021	20		Si (allegare relazione)	Si (allegare relazione)	
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 – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	10	SI	100%	100%	
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza: N. valutazioni multidimensionali domiciliari e ospedaliere / N. valutazioni multidimensionali totali	5	16.025/18.948 84,6%	>=80%	>=50%	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	
			totale peso	100				

Dipartimento Attività Ospedaliere							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	4.1	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.	10	SI	SI (allegare relazione)	
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Programmazione e monitoraggio attività Ospedaliere area metropolitana provinciale	25		100%	
		5.2	UOC Organizzazione ospedaliera area metropolitana provinciale	25		100%	
		5.3	UOC Ospedalità Pubblica e Privata	25		100%	
			totale peso	100			

Dipartimento Attività Ospedaliere UOC Ospedalità Pubblica e Privata							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	Si	Si (allegare report)	
		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		Si (allegare relazione)	
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 ex post delle attività di ricoveri	5	Si	Si (allegare report)	
		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		Si (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	5.1	Trasmissione report interventi di competenza Case di Cura accreditate	5	Si	Si (allegare report)	
		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%	100%	
		5.2	Intervento 2.5.A: Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE: Coordinamento dell'attività di audit per le strutture segnalate dall'Assessorato della salute e trasmissione dei risultati a quest'ultimo congiuntamente alla Direzione aziendale <i>N.B.: l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato</i>	15	Si	Si (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Monitoraggio indicatore programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno.	5		Si (allegare report)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
totale peso				100			

Dipartimento Risorse Umane							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
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%	
		5.2	UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali	20	100%	100%	
		5.3	UOC Affari generali e convenzioni	20	100%	100%	
		5.4	UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI	20	100%	100%	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	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"	3.1	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale	10		100% (allegare report e relazione)	
4	Revisione regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività e incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'ASP di Palermo	4.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022	20		Sì	
5	Revisione regolamento affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali	5.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022	20		Sì	
6	Regolamento incarichi funzionali per il personale del comparto (in condivisione con l'UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali)	6.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022	20		Sì	
7	Regolamento per la disciplina dei casi di inidoneità psicofisica dei dipendenti	7.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2021	20		Sì	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	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)	3.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	5	20 / 20 100%	100%	
		3.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	5	Sì	Sì	
		3.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili	5	107 / 107 100%	100%	
4	Flusso Personale Dipendente: Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre	5	Sì	Sì	
5	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)	5.1	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	Sì	

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
6	Contenimento della spesa per il personale (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a1 e 3a2)	6.1	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	Si (allegare relazione)	
		6.2	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	Si (allegare relazione)	
7	Regolamento incarichi funzionali per il personale del comparto (in condivisione con l'UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane)	7.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022	10		Si	
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	10		100% (allegare report e relazione)	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	30	8 / 8 100%	100%	
		3.2	N. proposte di delibera di convenzionamento per tirocinio per scuole di specializzazione predisposte entro 30 gg. dalla richiesta / N. richieste di convenzionamento per tirocinio per scuole di specializzazione complete della documentazione prevista	40		100%	
4	Regolamento incarichi libero professionali	4.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022	20		SI	
			totale peso	100			

Dipartimento Risorse Umane:							
UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	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)	3.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	15	20 / 20 100%	20/20 = 100%	
		3.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	10	Sì	Sì	
		3.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili con gli strumenti disponibili	10	89 / 89 100%	100%	
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.	10	Sì	Sì	
6	Regolamento voci stipendiali	6.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022	25		Sì	
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	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale	20		100% (allegare report e relazione)	
			totale peso	100			

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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 2020 – 2022 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2020 / Importo budget 2020 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) (UOC Gestione Informatica aziendale)	4.1	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	10	5,14% giustificato	> 10%	
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Revisione regolamenti PAC aree interessate	20	Si	Si (allegare documentazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	Bilancio e programmazione (UOC)	10	100%	100%	
		7.2	Gestione del patrimonio (UOC)	10	100%	100%	
		7.3	Progettazione e manutenzione (UOC)	10	100%	100%	
		7.4	Approvvigionamenti (UOC)	10	100%	100%	
		7.5	Gestione informatica aziendale (UOC)	10	100%	100%	
totale peso				100			

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Bilancio e programmazione							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	4.1	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2022 secondo le direttive dell'Assessorato Regionale della Salute	10	SI	SI (allegare report)	
		4.2	Predisposizione del bilancio consuntivo 2021 entro la scadenza prevista dalla normativa regionale vigente	10	SI	SI (allegare report)	
5	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	5.1	Relazione sul Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	10	SI	SI (allegare relazione)	
6	Miglioramento delle procedure di registrazione delle fatture e dei mandati di pagamento del "Ciclo Passivo"	6.1	N. fatture emesse da Fornitori registrate e pagate nei tempi previsti dalla normativa / N. totale fatture liquidate dalle strutture ordinanti	5	73.820/73.820 100%	≥ 95%	
		6.2	Produzione di report e relazione semestrale per la Direzione Amministrativa sulle fatture non pagate nei tempi previsti dalla normativa	5	SI	SI (allegare relazione)	
7	Incremento incasso sui crediti	7.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2021	5	>15%	> = 10%	
8	Contabilità separata per prestazioni in ALPI.	8.1	Elaborazione di report semestrale aggiornato per ciascuna struttura erogatrice delle prestazioni in ALPI, con relativa valorizzazione, estratto dalla procedura Dedalus WHR	5	SI	SI (allegare report)	
9	Parificazione casse economali	9.1	Verifiche casse ticket ed economali nella misura di almeno il 50% nel corso dell'anno	10	SI	SI (allegare report)	
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	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.	15	SI	SI (allegare relazione)	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Trasmissione alla Piattaforma SIS dei modelli CE, per l'inserimento nella piattaforma NSIS, entro le scadenze previste dalle normative vigenti.	5	SI	SI (allegare report)	
		11.2	Predisposizione del modello SP entro la scadenza prevista dalle normative vigenti	5	SI	SI (allegare report)	
totale peso				100			

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Gestione del patrimonio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Regolarizzazione catastale degli immobili	4.1	Regolarizzazione catastale degli immobili di cui agli elenchi "A1" e "C1"	85		Si (allegare relazione)	
			totale peso	100			

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Progettazione e manutenzione							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	
4	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	4.1	Riduzione del n.procedure negoziate ed incremento delle procedure aperte aziendali rispetto al 2021	10		Si (allegare report di confronto 2021-2022)	
		4.2	Riduzione proroghe in essere al 31/12/2021	10		Si (allegare report di confronto 2021-2022)	
		4.3	Riduzione delle procedure d'acquisto in urgenza che derivano da un difetto di programmazione rispetto al 2021	10		Si (allegare report di confronto 2021-2022)	
		4.4	Relazione complessiva sull'obiettivo	5		Si (allegare relazione)	
5	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	5.1	Allineamento lista fornitori attraverso uso specifico software che garantisca la rotazione degli operatori economici secondo criteri definiti dalla normativa: popolamento del database fornitori/professionisti e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10		100%	
		5.2	gestione contratti su registro repertorio informatizzato: caricamento contratti a sistema	10		>=90%	
		5.3	Regolamento incentivi per funzioni tecniche: adozione e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10		100%	
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	20	Si (allegare relazione)	Si (allegare relazione)	
totale peso				100			

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Approvvigionamenti							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	
4	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	4.1	Riduzione del n.procedure negoziate di acquisto beni-servizi ed incremento delle procedure aperte aziendali rispetto al 2021	10		Sì (allegare report di confronto 2021-2022)	
		4.2	Riduzione proroghe in essere al 31/12/2022	10		Sì (allegare report di confronto 2021-2022)	
		4.3	Riduzione delle procedure d'acquisto in urgenza che derivano da un difetto di programmazione rispetto al 2022	5		Sì (allegare report di confronto 2021-2022)	
		4.4	Allineamento lista fornitori attraverso uso di specifico software che garantisca la rotazione degli operatori economici secondo criteri definiti dalla normativa: popolamento del database fornitori/professionisti e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10		100%	
		4.5	Gestione contratti su registro repertorio informatizzato: caricamento contratti sul software e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10		90%	
		4.6	Regolamento incentivi per funzioni tecniche: adozione e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	5		100%	
		4.7	Relazione complessiva sull'obiettivo	5		Sì (allegare relazione)	
5	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"	5.1	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale	5		100% (allegare report e relazione)	
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	20	Sì (allegare relazione)	Sì (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5		Sì	
				100			

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Distretti

Valore atteso 80%	
Indicatore 1	% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità
Razionale e descrizione	<p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. L'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria.</p> <p>Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi.</p>
Numeratore	I pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per per l'autogestione della propria condizione
Denominatore	Pazienti con patologie croniche target (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale.
Fonte dei dati	Cartella clinica ambulatoriale. Interviste, gruppi di lavoro, interventi di Educazione alla Salute
Stratificazione	Ambulatori età , sesso, tipologia di malattie croniche
Note	Gli interventi vanno documentati nella cartella clinica sia da parte dei medici che da parte degli infermieri (ambulatori infermieristici) o di altri operatori ove presenti (dietisti, psicologi..).

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	2/2 100% 1) 140/140 2) 140/140 3) 138/142	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>120 (allegare relazione)	
6	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)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7		Sì (allegare relazione)	
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		6.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	10		Sì (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening 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	10		Sì (allegare relazione)	
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10		Sì (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	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	5		>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	2/2 100% 1) 232/232 2) 232/232 3) 232/240	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	25/34 73,5%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	14.815/34=435 >100	>120 (allegare relazione)	
6	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)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del	
		6.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening 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	10		SI (allegare relazione)	
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	179	SI (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	D.M. 252/279 Sc.Car.0/0 BPCO 50/50 96,66%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	279/279 100%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	<1	≤ 1	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	3/3 1) 31/32 2) 31/32 3) 31/32 97%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	21/21 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	7.184/21=342	>120 (allegare relazione)	
6	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)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le	
		6.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening 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	10		SI (allegare relazione)	
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	86	SI (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	D.M. 140/148 Scomp.Card.6 0/69 BPCO 70/86 88%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	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	5	D.M. 310/332 Scomp.Card.3 0/30 97%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		Si (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	<1	≤ 1	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 30/30 2) 30/30 3) 30/30 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	27/37 73%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	18.216/27=6 75	>120 (allegare relazione)	
6	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)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	Si	Si (allegare relazione)	
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le	
		6.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	10		Si (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening 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	10		Si (allegare relazione)	
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	100%	Si (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	D.M. 50/50 Scomp.Card. 34/34 BPCO 21/21 100%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	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	5	181 / 197 92%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		Si (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	6/6 1)261/261 2) 251/260 3) 251/251 98,66%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	28/30 90,3%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	17.079/28=610	>120 (allegare relazione)	
6	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)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le	
		6.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening 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	10		SI (allegare relazione)	
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	87	SI (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	D.M. 11/11 BPCO 22/22 Scom.Car. 1/1 100%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati 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	5	60/60 100%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		Si (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
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. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	6/7 85,71% 1)169/169 2)169/169 3)169/169	≥= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	29/29 100%	≥= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	7.453/29=257	>120 (allegare relazione)	
6	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)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	Si	Si (allegare relazione)	
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del	
		6.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	10		Si (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening 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	10		Si (allegare relazione)	
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	141	Si (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	335/335 100%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	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	5	1.192/1.208 98,7%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		Si (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Directive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 261/261 2) 258/261 3) 261/261 99,66%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	41/41 100%	≥ valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	17.551/41 = 428	>120 (allegare relazione)	
6	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)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		6.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening 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	10		SI (allegare relazione)	
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	119	SI (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	D.M. 283/283 Sc.Card.136/ 136 BPCO 53/53 100%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	D.M. 146/146 Sc.Card. 49/49 100%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 90/90 2) 90/90 3) 90/90 100%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	30/31 96,7%	≥ valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	16.834/31 543	>120 (allegare relazione)	
6	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)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le	
		6.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening 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	10		SI (allegare relazione)	
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	99	SI (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	1.141/1.161 98,27%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	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 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	5	874/874 100%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	1/1 1) 230/230 2) 230/230 3) 230/230 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	19/20 95%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	>100	>120 (allegare relazione)	
6	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)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		6.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening 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	10	>3%	SI (allegare relazione)	
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	259	SI (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	582 / 582 100%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	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	5	250/250 100%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
			totale peso	100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	48/49 98%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	>100	>120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	4	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	2		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	
6	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	6.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening 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	4	>3%	>= 1% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	
7	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	7.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	633	>=350	
8	Miglioramento dell'empowerment del paziente	8.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	1006/1006 100%	>=80%	

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	9.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e 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	5	2.277/2.287 99,6%	>=90%	
		9.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		Si (allegare relazione)	
		9.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
11	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	11.1	UOC PTA "Biondo"	5	100%	100%	
		11.2	UOC PTA "Casa del Sole"	5	100%	100%	
		11.3	UOC PTA "E. Albanese"	5	100%	100%	
		11.4	UOC PTA "Guadagna"	5	100%	100%	
		11.5	UOC PTA "Centro"	5	100%	100%	
			totale peso	100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Biondo"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	3/3 100% 1) 458/458 2) 434/434 3) 459/479	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	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	38/39 97,4%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	40.799/38 =1.074	>120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	213 / 213 100%	>=80%	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Casa del Sole"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	2/2 100% 1) 31/31 2) 30/31 3) 30/31	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	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	14/17 82%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	6.443/17=379	>120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	38/38 100%	>=80%	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "E. Albanese"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	1/2 1) 101/101 2) 101/101 3) 101/101 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	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	30/31 96,77%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	1135	>120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	73/89 82%	>=80%	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Guadagna"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	2/2 100% 1) 223/223 2) 202/211 3) 205/209	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	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	22/22 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	15.309/22 =695	>120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	1.030 / 1.030 100%	>=80%	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Centro"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15		>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	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		>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10		>120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15		Sì (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	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, e dal Piano Operativo Aziendale	15		Sì (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15		>=80%	
totale peso				100			

area 1							
UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali							
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Inoltro al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento le seguenti indicazioni: 1) denominazione processi/procedure analizzate; 2) per ciascun processo o procedura indicazione dei rischi individuati e dei correlati fattori abilitanti il rischio; 3) per ciascun rischio e correlati fattori abilitanti di cui al punto 2). L'indicazione delle misure di prevenzione ritenute opportune per	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021/ Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Acquisizione di beni e servizi	4.1	Monitoraggio dell'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali e ai Distretti non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 150.000,00	35		Sì (allegare relazione)	
5	Riorganizzazione competenze	5.1	Elaborazione documento organizzativo, approvato dalla Direzione Amministrativa, che individui le competenze delle UOC di Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1/ area 2/ area 3	25		Sì (allegare documento)	
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.	10	SI	Sì (allegare relazione)	
7	Gestione personale Co.Co.Co. E libero professionale assunto con l'emergenza Covid 19	7.1	Monitoraggio delle attività poste in essere per la gestione giuridica ed economica del personale con contratto Co.Co.Co. E libero professionale assunto durante l'emergenza. Attività sviluppate / attività da porre in essere.	15		Sì (allegare relazione)	
			totale peso	100			

area 2							
UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Inoltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento le seguenti indicazioni: 1) denominazione processi/procedure analizzate; 2) per ciascun processo o procedura indicazione dei rischi individuati e dei correlati fattori abilitanti il rischio; 3) per ciascun rischio e correlati fattori abilitanti di cui al punto 2). L'indicazione delle misure di prevenzione ritenute opportune per contrastare i rischi esaminati.	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021/ Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Acquisizione di beni e servizi	4.1	Monitoraggio dell'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali e ai Distretti non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 150.000,00	35		Si (allegare relazione)	
5	Riorganizzazione competenze	5.1	Elaborazione documento organizzativo, approvato dalla Direzione Amministrativa, che individui le competenze delle UOC di Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1/ area 2/ area 3	25		Si (allegare documento)	
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.	10	SI	Si (allegare relazione)	
7	Gestione personale Co.Co.Co. E libero professionale assunto con l'emergenza Covid 19	7.1	Monitoraggio delle attività poste in essere per la gestione giuridica ed economica del personale con contratto Co.Co.Co. E libero professionale assunto durante l'emergenza. Attività sviluppate / attività da porre in essere.	15		Si (allegare relazione)	
			totale peso	100			

area 3							
UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Inoltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento le seguenti indicazioni: 1) denominazione	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021/ Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Acquisizione di beni e servizi	4.1	Monitoraggio dell'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali e ai Distretti non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 150.000,00	35		Si (allegare relazione)	
5	Riorganizzazione competenze	5.1	Elaborazione documento organizzativo, approvato dalla Direzione Amministrativa, che individui le competenze delle UOC di Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1/ area 2/ area 3	25		Si (allegare documento)	
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.	10	SI	Si (allegare relazione)	
7	Gestione personale Co.Co.Co. E libero professionale assunto con l'emergenza Covid 19	7.1	Monitoraggio delle attività poste in essere per la gestione giuridica ed economica del personale con contratto Co.Co.Co. E libero professionale assunto durante l'emergenza. Attività sviluppate / attività da porre in essere.	15		Si (allegare relazione)	
			totale peso	100			

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

Valore atteso 80%	
Indicatore 1	% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità
Razionale e descrizione	<p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?",</p>
Numeratore	Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica
Denominatore	Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva)
Fonte dei dati	Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste
Stratificazione	Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche
Note	Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare.

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	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)	4.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti) <i>NB. Obiettivo subordinato alla organizzazione di corsi aziendali da parte della U.O. Formazione</i>	10		Si (allegare relazione)	
5	-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)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	Si (allegare relazione)	
		5.2	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	10		Si (allegare relazione)	
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5	SI	Si (allegare report)	
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	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) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		Si (allegare relazione)	

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	SI	SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)	
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	319	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
10	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)	10.1	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	3/1 >100%	>=70%	
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. <i>Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022</i>	5		SI (allegare relazione)	
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. <i>Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022</i>	5		SI (allegare relazione)	
		11.3	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. <i>Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022</i>	5		SI (allegare relazione)	
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Medicina generale							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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	5	62/62 100%	>=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	5	54/54 100%	>=90%	
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	42/42 100%	>=90%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	5	49/49 100%	100%	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. di soggetti con DM 1 che impiegano la tecnologia dedicata per il loro controllo glicemico sottoposti a recall / n. di soggetti con DM 1 che impiegano la tecnologia dedicata per il controllo glicemico.	5		>=60%	
		6.2	n. di soggetti diabetici post Covid sottoposti ad almeno 2 valutazioni annuali / n. di soggetti diabetici che entrano nel PDTA post Covid	5		>=60%	
7	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg	5	10,48	DM 2021 - 0,5 gg	
		7.2	UOS Lungodegenti POCorleone: Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg	5	14,05 dato 2020	DM 2021 - 0,5 gg	

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e privata</i>	5		>90% (allegare relazione)	
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per la presa in carico dei pazienti nel post Covid e per il long Covid o Covid cronico. Le UUOCC di area medica coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/11/2022	5		Si (allegare relazione)	
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	5		Si (allegare relazione)	
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si	
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	4	95/742 12,80% (sab/dom)	>=25%	
		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	4	1,48/2=0,74	>= 1 (allegare relazione)	
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	
		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 definita	4		100 %	
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	79/768 10,29% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	300/252>100%	100%	
4	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.	4.1	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	48/56 85,71%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg	10	7,45	DM 2021 - 0,5 gg	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Si (allegare relazione)	
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	
		6.5	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	

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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	179/628 28,50% (sab/dom)	>=25%	
		7.2	<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	5	1,19/2=0,595	>= 1 (allegare relazione)	
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		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 %	
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	321/629 51,03% fonte ADT	>=50%	
		totale peso				100	

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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. l 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	60/60 100%	>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	51/51 100%	>=90%	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	72/72 100%	100%	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg	10	9,70	DM 2021 - 2 gg	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	10		Si (allegare relazione)	
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	10		Si (allegare relazione)	
		6.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si	

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate: Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo	5		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021	
		7.2	Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5		100 %	
		7.3	Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12: n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	36/339 10,62% fonte ADT	>=50%	
			Totale peso	100			

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. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	5		100%	
4	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	
5	Mantenimento dei livelli di attività	9.1	Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021	10	4,45	>=95%	
		9.2	Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021	10	6,81	<=105%	
		9.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021	5	4,12	>=95%	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Sì (allegare relazione)	
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Sì (allegare relazione)	
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		>90% (allegare relazione)	
		6.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Sì (allegare relazione)	
		6.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	5		Sì (allegare relazione)	
		6.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì	

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. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento oragnizzativo 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		>=25%	
		7.2	<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	5		>= 1 (allegare relazione)	
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		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 definita	5		100 %	
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5		>=50%	
		totale peso				100	

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100/100 100%	100%	
4	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	Sì	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	
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 UO Ortopedia e traumatologia PO Partinico / PO Corleone / PO Ingrassia	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	26/66 39,39%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico: Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg	5	14,03	DM 2021 - 0,5 gg	
		6.3	UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg	5	7,50	DM 2021 - 0,5 gg	

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Si (allegare relazione)	
		7.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	
		7.5	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	
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	3	58/372 15,59% (sab/dom)	>=25%	
		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 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	3	0,82/1=0,82	>= 1 (allegare relazione)	
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		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	3		100 %	
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	182/372 48,92% fonte ADT	>=50%	
totale peso				100			

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOS Urologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2 2 A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15		100%	
5	Miglioramento dell'attività assistenziale	5.1	Elaborazione ed implementazione di una 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 100% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	15		Si (allegare relazione)	
		5.2	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche ***day service*** sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	15		Si (allegare relazione)	
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	12		>=20%	
		6.2	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	12		valore 2022 >= 1% del valore 2021 (allegare relazione)	
		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 definitiva	11		100 %	
		6.4	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	10		>=30%	
			totale peso	100			

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

Valore atteso 80%	
Indicatore 1	% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità
Razionale e descrizione	<p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?",</p>
Numeratore	Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica
Denominatore	Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva)
Fonte dei dati	Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste
Stratificazione	Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche
Note	Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare.

Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	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)	4.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 47 (Presenza di report periodici circa l'effettiva pratica della prenotazione diretta delle visite e degli esami post-ricovero) Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	15		Si (allegare relazione)	
5	-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)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	Si (allegare relazione)	
		5.2	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	10		Si (allegare relazione)	
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		Si (allegare relazione)	

Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti cerrà)	
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UO CCure primarie)	
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	72	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
10	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)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	1/1 = 100%	>=70%	
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOS Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	10/10 100%	>=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	5	10/10 100%	>=90%	
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	8/8 100%	>=90%	
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	21/23 91,3%	>=90%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	27/27 100%	100%	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	42/50 84%	>=80%	
7	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg	5	12,55	DM 2021 - 2 gg	

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOS Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Sì (allegare relazione)	
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Sì (allegare relazione)	
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	4		>90% (allegare relazione)	
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Sì (allegare relazione)	
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Sì (allegare relazione)	
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Sì	
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	4	98/571 17,16% (sab/dom)	>=25%	
		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	4	1,56/2=0,78	>= 1 (allegare relazione)	
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		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	4		100 %	
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	88/571 15,41% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	54/54 100%	100%	
4	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	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	21/23 100%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg	15	6,41	DM 2021 - 0,5 gg	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Sì (allegare relazione)	
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Sì (allegare relazione)	
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	5		Sì (allegare relazione)	
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì (allegare relazione)	
		6.5	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		Sì	

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento oragnizzativo 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	74/314 23,57% (sab/dom)	>=25%	
		7.2	<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	5	0,42/1=0,42	>= 1 (allegare relazione)	
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		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 definita	5		100 %	
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	47/314 14,97% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

Valore atteso 80%	
Indicatore 1	% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità
Razionale e descrizione	<p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?",</p>
Numeratore	Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica
Denominatore	Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva)
Fonte dei dati	Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste
Stratificazione	Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche
Note	Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare.

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	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)	4.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	5		Si (allegare relazione)	
5	-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)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	Si (allegare relazione)	
		5.2	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	10		Si (allegare relazione)	
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	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) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		Si (allegare relazione)	
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	SI	Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti non è stato)	

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	251	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
10	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)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	0/0 100%	>=70%	
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		SI (allegare relazione)	
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		SI (allegare relazione)	
		11.3	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		SI (allegare relazione)	
12	Miglioramento dell'attività assistenziale in ambito ostetrico e pediatrico	12.1	Attivazione di 2 posti letto di neonatologia a Termini Imerese (obiettivo condiviso col Dipartimento salute donna e bambino, UOC Provveditorato e UOC Gestione Giuridica del personale)	5		SI (allegare relazione)	
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	82/89 92,13%	>=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	5	78/85 91,76%	>=90%	
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	34/34 100%	>=90%	
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	54/54 100%	>=90%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	120/120 100%	100%	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	237/237 100%	>=80%	
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	UOC Medicina interna PO Termini Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 3 gg	5	14,91	DM 2021 - 3 gg	
		7.1	UOS Lungodegenti PO Termini: Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 3 gg	5	28,93 dato 2020	DM 2021 - 3 gg	

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Sì (allegare relazione)	
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Sì (allegare relazione)	
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4		>90% (allegare relazione)	
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Sì (allegare relazione)	
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Sì (allegare relazione)	
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Sì	
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	3	88/516 17,05% (sab/dom)	>=25%	
		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	3	1,41/2=0,7 05	>= 1 (allegare relazione)	
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		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	3		100 %	
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	77/516 14,92% fonte ADT	>=50%	
totale peso				100			

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	45/45 100%	100%	
4	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	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	10/11 90,91%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) UOC Chirurgia generale PO Termini: DM 2022 = DM 2021 - 2 gg	15	9,26	DM 2021 - 2 gg	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UJOOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UJOOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Si (allegare relazione)	
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	
		6.5	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	

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	<p><i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i></p> <p>Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni</p>	5	21/236 8,90% (sab/dom)	>=25%	
		7.2	<p><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></p> <p>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</p>	5	0,21/1=0,21	>= 1 (allegare relazione)	
		7.3	<p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p>	5		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		7.4	<p><i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i></p> <p>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva</p>	5		100 %	
		7.5	<p><i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i></p> <p>n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni</p>	5	112/236 47,46% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	36/36 100%	100%	
4	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	Si	Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	
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 UO Ortopedia e traumatologia PO Termini / PO Petralia	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	92/134 68,66%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO Termini Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg	5	8,12	DM 2021 - 0,5 gg	

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Sì (allegare relazione)	
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Sì (allegare relazione)	
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Sì (allegare relazione)	
		7.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì (allegare relazione)	
		7.5	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		Sì	
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	4	36/384 9,38% (sab/dom)	>=25%	
		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 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	4	0,84/1=0,84	>= 1 (allegare relazione)	
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		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	4		100 %	
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	323/384 84,11% fonte ADT	>=50%	
		totale peso				100	

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Otorinolaringoiatria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	35	99/99 100%	100%	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Mantenimento attività di day service: N. di day service 2022 / N. day service 2021	25		>=98%	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		6.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	
		6.4	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.	5		Si	
7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	<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	5		100 %	
		7.2	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	165/506 32,61% fonte ADT	>=50%	
totale peso				100			

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

Valore atteso 80%	
Indicatore 1	% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità
Razionale e descrizione	<p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?",</p>
Numeratore	Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica
Denominatore	Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva)
Fonte dei dati	Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste
Stratificazione	Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche
Note	Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare.

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata e 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)	4.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 136.3 (Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche:- aggiornata in un periodo antecedente all'osservazione di non più di 36 mesi- contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni- contenente una sezione dedicata agli impegni, con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica- contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli	15		Si (allegare relazione)	
5	-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)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	Si (allegare relazione)	
		5.2	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	10		Si (allegare relazione)	
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	5		Si (allegare relazione)	
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	SI	Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)	
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	262	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
10	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)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	0/0 100%	>=70%	
11	Miglioramento dei livelli di attività per la UOS Medicina fisica e riabilitazione	11.1	Degenza Media (DM); DM 2022 = DM 2021 - 15 gg	5	10,35	Si	
12	Miglioramento dell'attività assistenziale	12.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. <i>Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022</i>	5		Si (allegare relazione)	
		12.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. <i>Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022</i>	5		Si (allegare relazione)	
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	1531	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	
totale peso				100			

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOC Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	149/149 100%	>=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	5	149/149 100%	>=90%	
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	8/8 100%	>=90%	
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	26/26 100%	>=90%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	126/126 100%	100%	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	139/139 100%	>=80%	
7	Mantenimento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021	2	1,07	>=95%	
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021	2	9,22	<=105%	
		7.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021	2	280,06	>=95%	

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOC Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	4		>90% (allegare relazione)	
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> <i>Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni</i>	4	105/553 18,99% (sab/dom)	>=25%	
		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> <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</i>	4	1,50/2=0,75	>= 1 (allegare relazione)	
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> <i>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</i>	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> <i>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita</i>	4		100 %	
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> <i>n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni</i>	4	91/553 16,46% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Chirurgia generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20		100%	
4	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	4.1	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.	20		>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg	15		DM 2021 - 0,5 gg	
6	Miglioramento organizzativo	6.1	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì (allegare relazione)	
		6.2	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		Sì	

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Chirurgia generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento oragnizzativo degenza	7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisce la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5		>=25%	
		7.2	<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	5		>= 1 (allegare relazione)	
		7.3	<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	5		100 %	
		7.4	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5		>=50%	
			totale peso	100			

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

Valore atteso 80%	
Indicatore 1	% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità
Razionale e descrizione	<p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".</p>
Numeratore	Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica
Denominatore	Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva)
Fonte dei dati	Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste
Stratificazione	Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche
Note	Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare.

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	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)	4.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 47 (Presenza di report periodici circa l'effettiva pratica della prenotazione diretta delle visite e degli esami post-ricovero) Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	10		Si (allegare relazione)	
5	-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)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	Si (allegare relazione)	
		5.2	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	10		Si (allegare relazione)	
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	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 doinne non precesarizzate, PTCA in pazienti con IMA STEMI, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		Si (allegare relazione)	

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)	
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	239	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
10	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)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	0/0 100%	>=70%	
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
		11.3	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	
totale peso				100			

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	7/7 100%	>=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	5	7/7 100%	>=90%	
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	4/4 100%	>=90%	
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	17/17 100%	>=90%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	45/45 100%	100%	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	47/53 88,67%	>=80%	
7	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg	5	13,30	DM 2021 - 2 gg	

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4		>90% (allegare relazione)	
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	
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	4	114/562 20,28% (sab/dom)	>=25%	
		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	4	1,54/2=0,77	>= 1 (allegare relazione)	
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		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 definita	4		100 %	
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	52/562 9,25% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	81/81 100%	100%	
4	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.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	35/49 71,43%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg	15	8,60	DM 2021 - 2 gg	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Sì (allegare relazione)	
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Sì (allegare relazione)	
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Sì (allegare relazione)	
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì (allegare relazione)	
		6.5	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		Sì	

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento oragnizzativo 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	59/420 14,05% (sab/dom)	>=25%	
		7.2	<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	5	0,68/1=0,68	>= 1 (allegare relazione)	
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	
		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 %	
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	182/420 43,33% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia - UTIC							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA e SCA (sindrome coronarica acuta) per i quali, sulla base del rischio emorragico, si forniscono indicazioni nella relazione di dimissione del tipo e dei tempi di terapia antiaggregante e anticoagulante / N. pazienti con FA e SCA dimessi	10	170/187 90,9%	>=90%	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	54/54 100%	100%	
5	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	5.1	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	10	62/70 88,57%	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (scompenso cardiaco) (vedi "allegato empowerment")	10	96/96 100%	>=80%	
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg	10	9,10	DM 2021 - 2 gg	

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia - UTIC							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
8	Miglioramento dell'attività assistenziale	8.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4		>90% (allegare relazione)	
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	
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	3	203/953 21,30% (sab/dom)	>=25%	
		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	3	2,46/2=1,23	>= 1 (allegare relazione)	
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	
		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 definita	3		100 %	
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	213/953 22,35% fonte ADT	>=50%	
totale peso				100			

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	15	50/50 100%	>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	27/27 100%	>=90%	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	107/113 94,6%	100%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	135/163 82,82%	>=80%	
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021	5	1,15 dato 2020	>=95%	
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021	5	11,02 dato 2020	<=105%	
		6.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021	5	81,29% dato 2020	>=95%	

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	3		Si (allegare relazione)	
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	3		Si (allegare relazione)	
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	3		>90% (allegare relazione)	
		7.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	2		Si (allegare relazione)	
		7.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	
		7.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	
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	3	76/460 16,52% (sab/dom)	>=25%	
		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 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	3	1,24/2=0,62	>= 1 (allegare relazione)	
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	
		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	3		100 %	
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	50/460 10,87% fonte ADT	>=50%	
totale peso				100			

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Lungodegenti**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.R. 1° sem. 2020	V.A. 2022	V.R. 2022
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	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	15			>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10			>=90%	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15			100%	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5			>=80%	
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021	5	1,13 dato 2020	1,12	>=95%	
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021	5	16,24 dato 2020	11,13	<=105%	
		6.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021	5	98,93% dato 2020	3306/16=206	>=95%	

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Lungodegenti								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.R. 1° sem. 2020	V.A. 2022	V.R. 2022
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una 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. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	3			Sì (allegare relazione)	
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	3			Sì (allegare relazione)	
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	3			>90% (allegare relazione)	
		7.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	2			Sì (allegare relazione)	
		7.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2			Sì (allegare relazione)	
		7.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2			Sì	
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	3		61/297 20,54% (sab/dom)	>=25%	
		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 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	3		1,65/2=0,825	>= 1 (allegare relazione)	
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3			valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		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	3			100 %	
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3			90/301 29,90% fonte ADT	>=50%
totale peso				100				

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOS Screening colon retto**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.R. 1° sem. 2020	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Estensione screening tumore del colon retto	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	30			100%	
4	Adesione screening tumore del colon retto	4.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5			>=50%	
5	Soddisfaccimento del debito informativo ministeriale	5.1	Compilazione survey entro 15 giorni dalla scadenza	10			Si (allegare)	
6	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per lo screening del tumore del colon retto	6.1	Aggiornamento del PDTA	10			Si (allegare documento)	
7	Aumento tasso di individuazione di adenomi durante colonscopia nell'ambito del programma di screening del tumore del colon retto (adenoma detection rate)	7.1	N°coloscopie con almeno un polipo /N° totale coloscopie eseguite dopo SOF test positivo	5			>20%	
8	Completezza della colonscopia	8.1	N. di coloscopie con raggiungimento del cieco/ N. di coloscopie eseguite	10			>=90%	
9	Tasso di adesione alla colonscopia	9.1	N. utenti che hanno aderito alla colonscopia / N. utenti con SOF test positivo (N°coloscopie/SOF+)	5			>= 85%	
10	Tempestività della colonscopia	10.1	N. utenti con SOF test positivo che eseguono colonscopia entro 60 giorni dall'evidenza del test positivo / N. utenti con SOF test positivo	5			>= 50%	
11	Miglioramento della soddisfazione dell'utente	11.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	5			>= 95%	
12	Adeguatezza della colonscopia	12.1	N. di coloscopie con pulizia adeguata/ N. di coloscopie eseguite	5			>=90%	
			totale peso	100				

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. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
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 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	4.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	
		4.2	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 (allegare relazione)	
		4.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	15		SI (allegare report)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	15	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
6	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	6.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	15	262	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Unità spinale							
UOC	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti del Centro "Villa delle Ginestre"	3.1	N. cartelle cliniche con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. cartelle cliniche dei pazienti degenti	30	108/113 91,15%	100% (allegare report)	
4	Monitoraggio procedura aziendale "Prevenzione e Gestione delle cadute della persona assistita"	4.1	N. cartelle cliniche dei pazienti ricoverati in cui viene compilata la scheda valutazione dei fattori di rischio di caduta e la scheda dei provvedimenti adottati per ridurre il rischio di caduta / N. pazienti ricoverati	30		100%	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20	30/30 100%	100%	
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 10 gg	10	108,99	DM 2021 - 10 gg	
				totale peso	100		

**Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo
UOC Recupero e riabilitazione funzionale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
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%	
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%	
3	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti presso il P.O. Ingrassia	3.1	N. pazienti degenti presso P.O. Ingrassia per i quali si effettua la valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo / N. pazienti degenti nel P.O. Ingrassia per i quali si è ricevuta richiesta di valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo	35		> 90% (allegare report)	
4	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti ambulatoriali del Centro "Villa delle Ginestre"	4.1	N. pazienti con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. pazienti destinatari di progetto riabilitativo	35		>=100% (allegare report)	
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20	144/144 100%	100%	
			totale peso	100			