



Piano triennale della performance 2016-2018

Caro Cittadino, Utente

Siamo un'Azienda Sanitaria, è come tale lo scopo principale è quello di salvaguardare al meglio il tuo diritto alla salute. Questo è il nostro primo obiettivo, ma per far ciò dobbiamo anche rifarci alle normative vigenti, all'organizzazione della nostra Azienda, alle nostre risorse economiche ed anche alle nostre risorse umane.

Non possiamo negare che le risorse che abbiamo a disposizione sono sempre più esigue, mentre le esigenze che il nostro territorio in termini di salute chiede sono sempre più imponenti. Basti pensare anche alle nuove esigenze che si sono verificate in questi ultimi anni con il continuo flusso migratorio verso la nostra realtà.

Il presente Piano della Performance 2016-2018 nasce in un momento di grande trasformazione del Servizio Sanitario Regionale ed in particolare della nostra Azienda Sanitaria Provinciale. Il percorso riorganizzativo intrapreso all'indomani della pubblicazione del Decreto Assessoriale del 14/01/2015 "Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Siciliana" e delle successive norme e linee guida in materia di riorganizzazione del SSR, ha portato alla stesura di un nuovo Atto Aziendale approvato con delibera del DG n. 189 del 17/03/2016, e che sarà efficace dopo che la rete ospedaliera regionale sarà pienamente adeguata alle indicazioni ministeriali.

Certamente, pur mantenendo e migliorando quando è possibile i servizi tradizionalmente assicurati dai nostri ospedali e dai presidi sanitari distribuiti nel nostro vasto territorio della provincia, si cerca costantemente di colmare le carenze che sempre vengono evidenziate dal sistema assistenziale.

*Vengono privilegiati gli interventi di **prevenzione** in genere, di **assistenza riabilitativa** sia presso gli ospedali che sul territorio, di **assistenza all'anziano** con patologie multiple o particolari (Alzheimer), che avrà a disposizione **nuove residenze assistite** e una più intensa **assistenza domiciliare, di assistenza alla donna e al bambino**, con particolare riguardo alla riduzione dei parti cesarei, di **assistenza psichiatrica, di tempestività di particolari interventi** (frattura femore >65, PTCA nei casi di IMA STEMI), di **aumento posti letto post acuzie e incremento utilizzo**, tenendo conto della **riduzione della spesa farmaceutica** e di **uno sviluppo del Sistema della Valutazione della Performance**. Tutto questo ovviamente seguendo i fondamentali principi di **equità e trasparenza**.*

Le azioni più urgenti e gli obiettivi che il Sistema Sanitario Regionale e Noi ci proponiamo di raggiungere, sono quindi quelle di aumentare i risultati di salute rimuovendo, ove è possibile, le criticità e premiando i nostri operatori che si sono prodigati e a tal fine:

- *implementare l'attività dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) in maniera che Tu possa trovare con immediatezza le risposte più soddisfacenti per le Tue necessità che non richiedano il ricorso ai Presidi Ospedalieri,*

- *sviluppare il dialogo già intrapreso con le parti sociali, con le associazioni che Ti rappresentano e con gli Operatori esterni che, segnalandoci le Tue esigenze di salute, contribuiscono a fornire adeguate risposte alle stesse e ad affinare integrazione e collaborazione,*
- *avvicinarsi alle vostre esigenze di salute e prevenzione portando i nostri operatori e strumentazione diagnostica nei vostri luoghi di residenza con l'iniziativa "ASP in Piazza".*

Per raggiungere i nostri ed i vostri scopi abbiamo cercato di coinvolgere tutti gli operatori, dal più piccolo al più grande anello della nostra catena, chiedendo supporto a tutti, al fine di superare le difficoltà che si presentano quotidianamente cercando di raggiungere standard assistenziali più diffusi e più efficienti.

Non ci resta quindi che unirvi in uno sforzo comune, lavorando uniti allo scopo di migliorare, di evidenziare i malfunzionamenti e le criticità perché la Tua salute è la Salute di tutti noi ed è un bene che non dobbiamo e non possiamo permetterci di perdere con facilità.

E' una sfida che accogliamo e che non abbiamo intenzione di sottovalutare.

Buon lavoro e buona salute a tutti.

Cordialmente,

*Il Direttore Generale
Dr. Antonino Candela*

INDICE

PRESENTAZIONE DEL PIANO.....	5
1. IDENTITÀ	6
2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE.....	7
3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI PALERMO.....	8
3.1. - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	8
3.2 - LE RISORSE UMANE	10
3.3 - LE RISORSE FINANZIARIE	15
4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	17
4.1. - ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI DI RIFERIMENTO	19
4.2 - IL CONTESTO NORMATIVO SPECIFICO DI RIFERIMENTO.....	24
4.3 - ANALISI SWOT	25
5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	27
6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	28
7. ALBERO DELLA PERFORMANCE.....	29
8. GLI OBIETTIVI STRATEGICI	33
9. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (LEGGE 6 NOVEMBRE 2012 N. 190 E S.M.I.)	37
10. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	38
11. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	39
12. LA TRASPARENZA DEL PIANO	41
ALLEGATO 1 - I NUMERI DELL'ASP IN PIAZZA ANNI 2014-2015-2016	42
ALLEGATO 2 - GLI OBIETTIVI OPERATIVI E LE SCHEDE DI BUDGET ANNO 2016 (120 PAGINE).....	50

PRESENTAZIONE DEL PIANO

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

Il presente piano aggiorna per il triennio 2016-2018 il precedente piano 2014 – 2016 riveduto nel 2015.

Scopo principale è quello di :

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

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

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

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

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 adottando il proprio "atto aziendale" con deliberazione n. 840 del 3.11.2010.

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

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

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

Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale, in atto il Dr. Antonino Candela.

2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

Il mandato istituzionale dell'ASP è quello di tutelare e assicurare, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, lo stato di Salute della Collettività e dei Cittadini, assicurando l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali ed appropriate (Livelli Essenziali di Assistenza), sia in forma diretta che attraverso la loro acquisizione dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate che operano sullo stesso territorio provinciale.

L'Azienda vanta una notevole estensione territoriale di circa 5.000 Km² suddivisi in 82 Comuni per una popolazione di n. 1.271.406 residenti secondo i dati pubblicati dall'ISTAT. Inoltre assicura l'assistenza sanitaria anche ai residenti delle isole di Lampedusa e Linosa che, secondo i dati ISTAT 1.1.2016 sono n.6.569.

Per poter realizzare al meglio il proprio mandato, l'Azienda è finalizzata a:

- agevolare l'accesso all'utenza dei servizi erogati,
- erogare le prestazioni nel rispetto dell'equità e della trasparenza,
- potenziare ulteriormente la qualità dei servizi,
- esprimere maggiore attenzione nei confronti dei bisogni dei soggetti fragili, cronici o comunque disagiati,
- istaurare rapporti con gli Enti locali e con altre organizzazioni sanitarie, socio-sanitarie e di volontariato,
- raggiungere un equilibrio economico e finanziario,
- motivare e valorizzare il capitale umano dell'Azienda.

Obiettivo principale dell'Azienda è quindi la tutela della salute del cittadino in ogni sua forma, permettendo a quest'ultimo di poter accedere ai servizi sanitari agevolmente, in modo chiaro e senza disparità.

L'Azienda svolge la propria azione in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla Salute e assicura la partecipazione dei cittadini anche tramite le organizzazioni sindacali, di volontariato, le associazioni familiari, ecc.

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

3.1. - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'ASP di Palermo nel 2016 risulta ancora quella dell'Atto Aziendale che, approvato con Decreto n. 2545 del 19 ottobre 2010, è stato adottato con Deliberazione n° 840 del 3 novembre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni. Nel corso del 2016 si è comunque proceduto ad attivare le strutture amministrative previste nel nuovo Atto Aziendale approvato con delibera del DG n. 189 del 17/03/2016, e che sarà efficace per la parte sanitaria dopo che la rete ospedaliera regionale sarà pienamente adeguata alle indicazioni ministeriali.

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 Semplici e Unità Operative Complesse. L'organizzazione quindi prevede varie Macrostrutture sia territoriali che ospedaliere; per quanto riguarda quelle territoriali sono rappresentate dai 10 Distretti Sanitari dal n. 33 al n. 42; per l'area ospedaliera, sono rappresentate dai Distretti Ospedalieri PA1, PA2 e PA3; inoltre, per il raggiungimento della propria *mission*, ha articolato la propria organizzazione in 15 Dipartimenti (strutturali, funzionali, sanitari, amministrativi), come da tabelle di seguito riportate:

Strutture organizzative ASP di Palermo – Lo Staff e i Dipartimenti sanitari

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
1	Direzione Generale - Staff	4	16
Dipartimenti funzionali			
2	Dipartimento della Programmazione e organizzazione delle Attività Territoriali e dell'Integrazione Socio-sanitaria	3	14
3	Dipartimento di Medicina, di Emergenza e Accettazione	1	
4	Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere	2	
Dipartimenti strutturali			
5	Dipartimento di Prevenzione	7	172
6	Dipartimento di Prevenzione Veterinario	4	
7	Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	11	
8	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino	7	
9	Dipartimento di Medicina Riabilitativa	4	
10	Dipartimento Farmaceutico	5	
11	Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio.	5	
12	Dipartimento di Diagnostica per Immagini.	3	
13	Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore.	3	

Strutture organizzative ASP di Palermo – I Distretti Sanitari e i P.T.A.

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
Area Territoriale e Distretti Sanitari			
14	Distretto Sanitario n. 33 - Cefalù	1	66
15	Distretto Sanitario n. 34 - Carini	1	
16	Distretto Sanitario n. 35 – Petralia Sottana - P.T.A. Petralia Sottana	1	
17	Distretto Sanitario n. 36 - Misilmeri	1	
18	Distretto Sanitario n. 37 – Termini Imerese	1	
19	Distretto Sanitario n. 38 – Lercara Friddi - P.T.A. Lercara Friddi -Palazzo Adriano		
20	Distretto Sanitario n. 39 – Bagheria - P.T.A. Bagheria	1	
21	Distretto Sanitario n. 40 – Corleone - PTA Corleone	1	
22	Distretto Sanitario n. 41 – Partinico	1	
23	Distretto Sanitario n. 42 – Palermo - P.T.A. "Biondo" (UOC) - P.T.A. "Casa del Sole" (UOC) - P.T.A. "E. Albanese" (UOC) - P.T.A. "Guadagna" (UOC)	5	

Strutture organizzative ASP di Palermo – La rete ospedaliera

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
Rete Ospedaliera e Distretti Ospedalieri			
24	Distretto Ospedaliero n. 1: - Presidi Ospedalieri Integrati "Civico" di Partinico e "dei Bianchi" di Corleone.	9 (+ 6 afferenti a Dipartimenti strutturali)	27
25	Distretto Ospedaliero n. 2: - Presidi Ospedalieri Integrati "S. Cimino" di Termini Imerese e "Madonna SS. Dell'Alto" di Petralia	5 (+ 6 afferenti a Dipartimenti strutturali)	
26	Distretto Ospedaliero n. 3 - Presidio Ospedaliero ""G. Ingrassia" di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre"	6 (+ 8 afferenti a Dipartimenti strutturali)	

Strutture organizzative ASP di Palermo – I Dipartimenti Amministrativi

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
Dipartimenti Amministrativi			
27	Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali.	3	26
28	Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale.	3	
29	Dipartimento Provveditorato e Tecnico.	3	

3.2 - LE RISORSE UMANE

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

L'ASP dispone di risorse umane che hanno ruoli e profili professionali diversi: ruolo sanitario, amministrativo, tecnico e professionali distinti in dirigenza e comparto. Negli ultimi anni si è verificata una rilevante riduzione della dotazione organica e il personale, se non in casi eccezionali, non è stato sostituito a causa del blocco delle assunzioni previsto dalla normativa nazionale e regionale.

Complessivamente il personale all'1.1.2016 è di **4.288** unità ed è distribuito per aree nei diversi ruoli: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

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

PERSONALE al 1.1.2016

Descrizione	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
Assistenza ospedaliera	648	139	79		866
Assistenza territoriale	1217	278	235		1730
- Distretti sanitari	659	111	223		993
- Dipartimento Salute Mentale	558	167	12		737
Dipartim. Prevenzione Medico	263	21	31	4	319
Dipartim. Prevenzione Veterinario	106	6	26		138
Strutture centrali	805	197	223	10	1235
Totale	3039	641	594	14	4288

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

La tabella successiva ne dà una rappresentazione sintetica.

PERSONALE DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO				
RUOLO	Fascia	Area	Personale	N°
Amministrativo	Comparto			579
	Dirigenza			15
Professionale	Comparto			
	Dirigenza			14
Sanitario	Comparto		Riabilitazione	124
			Vigilanza ed ispezione	124
			Infermieristico	1327
			Tecnico-sanitario	148
	Dirigenza	Medica		1127
		Non medica		189
Tecnico	Comparto			624
	Dirigenza			17
Totale				4288
	Comparto			2926
	Dirigenza	Medica		1127
		SPTA		235
		Totale		4288

Da tale tabella si evidenzia che la Dirigenza è costituita da n. **1.362** unità, pari al **31,76 %** del personale di ruolo, mentre la restante parte del personale, rappresentata dal Comparto, è composta da n. **2.926** unità, pari al **68,24%**.

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

- **Dirigenti Medici** : n. 1.127 unità (pari all' 82,75 % della Dirigenza)
- **Dirigenti non Medici** : n. 235 unità (pari al 17.25 % della Dirigenza)

Il personale, escluse le n. 110 unità afferenti alle UU.OO. della Direzione Aziendale, è allocato nei Distretti Ospedalieri, nei Distretti Sanitari e nei Dipartimenti, come rappresentato nelle sottostanti tabelle.

PERSONALE DEI DISTRETTI OSPEDALIERI

Presidio Ospedaliero		Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
	"Nuovo Giglio"/HSR	21	7	6		34
Distretto Ospedaliero PA 1	Civico - Partinico	140	30	16		186
	Dei Bianchi - Corleone	59	15	12		86
Distretto Ospedaliero PA 2	S. Cimino - Termini Imerese	112	26	13		151
	Madonna dell'Alto - Petralia	62	5	10		77
Distretto Ospedaliero PA 3	Ingrassia - Palermo	197	32	17	-	246
	Villa delle Ginestre - Palermo	57	24	5	-	86
Totale		648	139	79		866

PERSONALE dei DISTRETTI SANITARI

Distretto Sanitario	Distretto Socio Sanitario	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
1 Cefalù	33 Cefalù	23	2	12	-	37
2 Carini	34 Carini	33	5	13	-	51
3 Petralia Sottana	35 Petralia	28	2	4	-	34
4 Misilmeri	36 Misilmeri	23	4	12	-	39
5 Termini Imerese	37 Termini Imerese	27	4	12	-	43
6 Lercara Friddi	38 Lercara Friddi	61	7	20	-	88
7 Bagheria	39 Bagheria	40	13	26	-	79
8 Corleone	40 Corleone	20	2	12	-	34
9 Partinico	41 Partinico	29	2	11	-	42
10 Palermo	42 Palermo	357	70	101	-	546
Totale		659	111	223		993

PERSONALE dei DIPARTIMENTI

	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE	263	21	31	4	319
Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIO	106	6	26	-	138
Personale del DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE e NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	558	167	12	-	737
Personale del DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	329	37	4	-	370
Personale del DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	33	11	9	-	53
Personale del DIPARTIMENTO DI MEDICINA, EMERGENZA E ACCETTAZIONE					
Personale del DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI E DELL' INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	24	5	16	-	45
Personale del DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO DELLE ATTIVITA' OSPEDALIERE	21	1	7	-	29
Personale del DIPARTIMENTO DI MEDICINA RIABILITATIVA	39	2	10	-	51
Personale del DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	99	7	1	-	107
Personale del DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	94	1	1	-	96
Personale del DIPARTIMENTO DI ANESTESIA, TERAPIE INTENSIVE E TERAPIE DEL DOLORE	109	8	-	-	117
Personale del DIPARTIMENTO DI RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI	-	10	67	-	77
Personale del DIPARTIMENTO DI RISORSE ECONOMICO- FINANZIARIO E PATRIMONIALE	-	7	26	-	33
Personale del DIPARTIMENTO PROVVEDITORATO E TECNICO	2	99	42	4	147
TOTALE	1677	382	252	8	2319

Nella tabella sottostante si riporta una sintesi delle precedenti tabelle, evidenziando la situazione in atto del personale di ruolo, rispetto alla situazione prevista in Pianta Organica, approvata con delibera n. 160 del 28/02/2011 e s.m.i.

RUOLO	Fascia	Personale in servizio	Pianta organica (Delibera 160 del 28/02/2011 e s.m.i.)	Differenza
Amministrativo	Comparto	579	651	-72
	Dirigenza	15	33	-18
Professionale	Comparto		7	-7
	Dirigenza	14	24	-10
Sanitario	Comparto	1.723	1.994	-271
	Dirigenza	1.316	1.613	-297
Tecnico	Comparto	624	757	-133
	Dirigenza	17	21	-4
	Totale	4.288	5.100	-812

L'Azienda dispone inoltre di:

- n. 653 unità di personale "contrattista", utilizzato a supporto sia di attività amministrative che tecnico-assistenziali;
- circa n. 200 unità di personale SAS (ex Multiservizi).

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

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 previsionale 2016 riportate nel Conto Economico 2016.

<i>BILANCIO PREVISIONE 2015 - Schema ministeriale ex DM 11/2/2002 (Valori in migliaia di Euro)</i>		
		Previsione 2016
A	Valore della Produzione	
1	contributi in c/esercizio	1.765.243
2	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	- 26.338
3	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	12.078
4	Concorsi, recuperi e rimborsi	62.325
5	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.519
6	Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.682
7	Altri ricavi e proventi	10.334
8		245
	Totale (A)	1.833.088
B	Costi della Produzione	
1	acquisti di beni	101.991
2	acquisti di servizi	1.402.833
3	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	13.206
4	godimento di beni di terzi	4.147
5	Personale del ruolo sanitario	231.236
6	Personale del ruolo professionale	1.727
7	personale del ruolo tecnico	24.445
8	personale del ruolo amministrativo	41.094
9	oneri diversi di gestione	3.887
10	Totali ammortamenti	8.250
14	svalutazione crediti	0
15	variazione delle rimanenze	- 12
	a) sanitarie	6
	b) non sanitarie	6
16	accantonamenti dell'esercizio	1.926

Totale (B)	1.834.730
Differenza tra valore e costi della produzione (A-B)	- 1.642
C Proventi e oneri finanziari	
1 interessi attivi	0
2 altri proventi	0
3 interessi passivi	4.439
4 altri oneri	0
Totale (C)	-4.439
D Rettifiche di valore di attività finanziarie	
1 rivalutazioni	0
2 Svalutazioni ¹	0
Totale (D)	0
E Proventi e oneri straordinari	
1 Proventi straordinari	3.000
2 Oneri straordinari	0
Totale (E)	3.000
Risultato prima delle imposte (A-B+/-C+/-D+/-E)	-3.081
Imposte e tasse	-23.965
Utile o (perdita) dell'esercizio	- 27.046

4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

La popolazione residente che fa capo all'ASP di Palermo è complessivamente pari a **1.277.975** (dato Istat 2016) di cui **6.569** residenti nelle isole Pelagie di Lampedusa e Linosa e la rimanente parte pari a **1.271.406** tutta popolazione residente a Palermo e Provincia, distribuita in 82 Comuni e 10 Distretti Sanitari .

Totale della Popolazione residente al 2016 per sesso

Comuni	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
Alia	1.732	1.891	3.623
Alimena	948	1.084	2.032
Aliminusa	628	608	1.236
Altavilla Milicia	4.103	4.107	8.210
Altofonte	5.045	5.239	10.284
Bagheria	26.961	28.426	55.387
Balestrate	3.110	3.326	6.436
Baucina	1.003	1.005	2.008
Belm. Mezzagno	5.568	5.705	11.273
Bisacchino	2.228	2.371	4.599
Bolognetta	2.070	2.109	4.179
Bompietro	655	746	1.401
Borgetto	3.711	3.708	7.419
Caccamo	4.053	4.143	8.196
Caltavuturo	1.953	2.064	4.017
Campof. di Fitalia	251	260	511
Campof.di Roccella	3.696	3.841	7.537
Campofiorito	644	658	1.302
Camporeale	1.669	1.704	3.373
Capaci	5.614	5.832	11.446
Carini	19.112	19.343	38.455
Castelbuono	4.355	4.588	8.943
Casteldaccia	5.755	5.930	11.685
Castellana Sicula	1.612	1.799	3.411
Castronovo Sicilia	1.487	1.598	3.085
Cefalà Diana	500	541	1.041
Cefalù	7.019	7.374	14.393
Cerda	2.601	2.729	5.330
Chiusa Sclafani	1.329	1.509	2.838
Ciminna	1.819	1.961	3.780
Cinisi	6.148	6.270	12.418
Collesano	1.959	2.095	4.054
Contessa Entellina	864	902	1.766
Corleone	5.497	5.737	11.234
Ficarazzi	6.366	6.567	12.933
Gangi	3.275	3.536	6.811
Geraci Siculo	990	955	1.945
Giardinello	1.180	1.157	2.337
Giuliana	984	968	1.952
Godrano	581	600	1.181
Gratteri	459	504	963

Comuni	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
Isnello	793	796	1.589
Isola d.Femmine	3.663	3.627	7.290
Lascari	1.714	1.874	3.588
Lercara Friddi	3.180	3.568	6.748
Marineo	3.254	3.393	6.647
Mezzojuso	1.440	1.480	2.920
Misilmeri	14.460	14.798	29.258
Monreale	19.416	19.973	39.389
Montelepre	3.050	3.230	6.280
Montem. Belsito	1.603	1.762	3.365
Palazzo Adriano	1.017	1.118	2.135
Palermo	322.186	352.249	674.435
Partinico	15.848	16.231	32.079
Petralia Soprana	1.662	1.698	3.360
Petralia Sottana	1.320	1.501	2.821
Piana Albanesi	3.203	3.090	6.293
Polizzi Generosa	1.624	1.783	3.407
Pollina	1.469	1.505	2.974
Prizzi	2.346	2.512	4.858
Roccamena	728	777	1.505
Roccapalumba	1.202	1.314	2.516
San Cipirello	2.602	2.770	5.372
S. Giuseppe Jato	4.225	4.425	8.650
S.Mauro Castelverde	842	859	1.701
Santa Cristina Gela	516	492	1.008
Santa Flavia	5.533	5.739	11.272
Sciara	1.402	1.420	2.822
Sclafani Bagni	199	227	426
Termini Imerese	12.768	13.495	26.263
Terrasini	6.075	6.245	12.320
Torretta	2.134	2.224	4.358
Trabia	5.340	5.165	10.505
Trappeto	1.561	1.613	3.174
Ustica	672	672	1.344
Valledolmo	1.696	1.898	3.594
Ventimiglia di Sicilia	956	997	1.953
Vicari	1.389	1.512	2.901
Villabate	9.957	10.295	20.252
Villafraati	1.658	1.710	3.368
Scillato	290	323	613
Blufi	501	528	1.029
TOTALE	615.028	656.378	1.271.406

Distribuzione della Popolazione residente al 2016 per Comuni/Distretti (Fonte: dati ISTAT 2016)

Distretto 33	Campofelice di Roccella	Castelbuono	Cefalù	Collesano	Gratteri	Isnello	Lascari	Pollina	San Mauro Castelverde	Totale
		7.537	8.943	14.393	4.054	963	1.589	3.588	2.974	

Distretto 34	Capaci	Carini	Cinisi	Isola delle Femm.	Terrasini	Torretta	Totale
		11.446	38.455	12.418	7.290	12.320	

Distretto 35	Castellana Sicula	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Gangi	Geraci Siculo	Alimena	Blufi	Bompietro	Polizzi Generosa	Totale
		3.411	3.360	2.821	6.811	1.945	2.032	1.029	1.401	

Distretto 36	Baucina	Bologneta	Campofelice di Fitalia	Cefalà Diana	Ciminna	Godrano	Marineo	Mezzojuso	Misilmeri	Ventimiglia di Sicilia	Villafraati	Totale
		2.008	4.179	511	1.041	3.780	1.181	6.647	2.920	29.258	1.953	

Distretto 37	Aliminusa	Caccamo	Caltavuturo	Cerda	Montemaggiore Bels.	Sciara	Scillato	Sciafani Bagni	Termini Imerese	Trabia	Totale
		1.236	8.196	4.017	5.330	3.365	2.822	613	426	26.263	

Distretto 38	Alia	Castro-novo di Sicilia	Lercara Friddi	Palazzo Adriano	Prizzi	Roccapi-lumba	Valledolmo	Vicari	Totale
		3.623	3.085	6.748	2.135	4.858	2.516	3.594	

Distretto 39	Altavilla Milicia	Bagheria	Casteldaccia	Ficarazzi	Santa Flavia	Totale
		8.210	55.387	11.685	12.933	

Distretto 40	Bisacchino	Campofiorito	Chiusa Sciafani	Contessa Entell.	Corleone	Giuliana	Roccamena	Totale
		4.599	1.302	2.838	1.766	11.234	1.952	

Distretto 41	Balestrate	Borgetto	Camporeale	Giardinello	Montelepre	Partinico	San Cipirello	San Giuseppe Jato	Totale
		6.436	7.419	3.373	2.337	6.280	32.079	5.372	

Distretto 42	Palermo	Altofonte	Belmonte Mezz.	Monreale	Piana degli Albanesi	Santa Cristina Gela	Trappeto	Ustica	Villabate	Lampedusa e Linosa	Totale
		674.435	10.284	11.273	39.389	6.293	1.008	3.174	1.344	20.252	

4.1. - ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI DI RIFERIMENTO

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

Nell'indagine EURISPES Sicilia presentata nel 2016 si evidenzia che in termini di Prodotto interno lordo pro capite la Sicilia si colloca in quartultima posizione nella graduatoria nazionale, con un valore pari a 17mila euro per abitante, in linea con il dato della macro-area del Mezzogiorno (17,6mila). Inoltre, l'Isola ha il più alto indice di povertà del Paese, pari al 48% nel 2014, e quasi al 52% nel 2015, e, dunque, una persona su due vive sotto la soglia di povertà assoluta, è in forte deprivazione o a grave rischio di esclusione sociale.

La crisi finanziaria globale però impone manovre di rigore ai conti pubblici del nostro paese. Si evidenziano problemi legati all'offerta di occupazione qualitativamente modesta da parte del sistema produttivo ed istituzionale, con difficoltà strutturali nell'assestamento di processi di sviluppo, che sarebbero sostenibili nel tempo solo adottando modelli sociali favorevoli all'incontro tra offerta e domanda di lavoro.

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

- La politica Sanitaria

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

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

- Il Piano di rientro 2007-2009;
- La Legge 5 del /2009;
- Il Piano sanitario regionale – “Piano della salute 2011-2013”;
- Il Programma operativo 2010-2012;
- Il Programma operativo di consolidamento e sviluppo (POCS) 2013-2015.

La Regione siciliana si avvale di un Programma Operativo per gli anni 2010 e successivi. Il Piano Operativo descrive pertanto i settori d'intervento su cui è atteso un impatto economico migliorativo insieme al

raggiungimento di standard assistenziali allineati a quelli di altre Regioni più virtuose, attività che saranno poste in essere all'interno della quota di fondo sanitario spettante.

- **Potenziamento del territorio**

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

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

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

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

- **Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)**

Sempre per far fronte alle esigenze dei soggetti cosiddetti "fragili", l'Azienda prevede un alto tipo di assistenza: 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.

Il Piano 2015 quindi è rivolto a potenziare questa forma di assistenza sia in termini di risorse umane che organizzative, ricorrendo a diverse forme di intervento: ADI interna, ADI esterna e ADI mista.

- **Screening oncologici**

Anche per quanto riguarda la prevenzione dei tumori si è potenziato ciò che già è stato fatto durante gli anni precedenti incrementando l'attività di screening oncologici per cercare di curare sempre meglio e prima i soggetti affetti da queste determinate patologie.

Con l'introduzione dell'ASP in Piazza, fra l'altro, si è cercato di avvicinare il cittadino verso quegli esami che possono permettere di conoscere, in fase iniziale, una patologia seria ed alle volte invalidante quale il tumore alla mammella, al colon-retto e all'utero.

- **Promozione della Salute degli Immigrati**

La nostra Azienda ha continuato ad assicurare la sempre crescente domanda di salute da parte di persone straniere. Infatti, il sempre maggiore afflusso di persone proveniente da altri Paesi e in special modo da paesi sottosviluppati crea una preoccupazione per la salute di questi immigrati e per quella dei nostri cittadini. Quindi è stata potenziata l'assistenza medica per adulti e bambini con visite specialistiche di vario genere, facendo particolare attenzione all'educazione alimentare, all'educazione sessuale con ricorso alla contraccezione, alla procreazione responsabile, alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.

- **Rimodulazione rete ospedaliera**

La piena attuazione del piano regionale di riordino, di rimodulazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata nel 2016 è ancora in fase di completamento del processo di accorpamento di unità operative, di disattivazione di funzioni di acuzie e la contestuale rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati/sotto-dimensionati per allinearsi ai parametri introdotti dal Patto per la Salute.

Per quanto attiene la riduzione dell'attività di ricovero inappropriata, l'ASP ha proseguito nell'implementazione delle misure volte al trasferimento dal regime di ricovero a quello ambulatoriale di prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza, in linea con quanto previsto nel "Patto per la salute" in stretta collaborazione con il Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere.

- **Completamento del processo di riordino del sistema emergenza urgenza**

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

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

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

- **“ASP IN PIAZZA” La Sanità tra la Gente**

L'Asp di Palermo ha avviato *dall'11 gennaio 2014* un accurato programma di prevenzione oncologica. Particolarità dell'attività di screening – oltre a quella istituzionale di “invito” rivolta agli utenti delle fasce di riferimento dei tre tumori rientranti nei LEA (alla mammella, cervicocarcinoma e colon-retto) – è l'iniziativa unica in Italia denominata *“Asp in Piazza”*.

Si tratta di una manifestazione itinerante che ha concretamente consentito di portare la sanità a casa del cittadino, e cioè nei luoghi di aggregazione quali sono le piazze (soprattutto nei piccoli centri). A bordo di *4 camper ed all'interno di 15 gazebo*, l'Azienda sanitaria garantisce una lunga serie di prestazioni che vanno dalla mammografia allo screening del diabete, dall'ecografia alla tiroide alla prevenzione del melanoma, dallo screening dei fattori di rischio cardiovascolari alla prevenzione della BCPO (Broncopneumopatia cronica ostruttiva).

Nel 2014 e nel 2015 sono state complessivamente *27 le piazze di Palermo e provincia* che hanno ospitato le iniziative di *“Asp in Piazza”* e ben *55.000 gli utenti* che si sono sottoposti a visite ed esami. Esami che hanno, tra l'altro, consentito di diagnosticare precocemente *23 tumori alla mammella, 15 al colon retto, 5 alla tiroide e 212 casi di diabete misconosciuto*. Tutte le prestazioni di *“Asp in Piazza”* sono gratuite e con accesso diretto (senza necessità della ricetta del medico di famiglia).

Nel 2016, oltre ad *“Asp in Piazza”*, sono stati organizzati per la prima volta gli *“Open day della prevenzione”* e la *“Notte bianca della prevenzione”* (esami e visite gratuite dalle 17 alle 24 nel fantastico scenario dell'Enrico

Albanese, presidio che si affaccia sul golfo di Palermo, con artisti, orchestre ed attori che per 7 ore hanno intrattenuto il pubblico che affollava gli ambulatori).

I numeri relativi alle prestazioni dell'ASP in piazza per gli anni 2014-2015-2016 sono riportati nell'allegato 1.

4.2 - IL CONTESTO NORMATIVO SPECIFICO DI RIFERIMENTO

Numerosi sono stati gli impulsi normativi per il contenimento della spesa sanitaria che hanno comportato la riorganizzazione e la rifunzionalizzazione dei servizi sanitari.

Particolare rilevanza assume la programmazione sanitaria regionale, realizzata con il Piano della Salute della Regione Sicilia per il triennio 2011-2013, in adempimento della legge 14 aprile 2009 n. 5, recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale".

Tale legge ha costituito il fondamento normativo che ha permesso di rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la Sanità è articolata, gestita ed erogata nella Regione, in quanto ha inciso sull'assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell'offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio.

Le linee di intervento che la legge di riforma sanitaria ha imposto possono essere così sintetizzate:

- l'implementazione dello spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni dell'utenza;
- il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata realizzata attraverso il completamento dell'accorpamento e della rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati;
- il potenziamento dei servizi e dei posti letto destinati alle attività di riabilitazione, lungo-degenza e post-acuzie;
- la riduzione della mobilità sanitaria passiva extra-regionale;
- la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri, sia sotto il profilo clinico, sia organizzativo;
- l'implementazione del sistema di controlli e verifiche, che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell'informatizzazione dei flussi;
- l'istituzione, sperimentazione e monitoraggio di nuovi modelli organizzativi territoriali.

Altra importantissima fonte normativa ai fini del presente documento è il decreto legislativo n. 150/09, decreto "Brunetta", "ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che, relativamente al sistema di misurazione e valutazione della performance, permette di coniugare il valore del risultato raggiunto dalle strutture assegnatarie degli obiettivi con quello individuale collegato ai dirigenti stessi.

E' da ricordare, inoltre, il Decreto Assessoriale 1821/11, che definisce la composizione e i compiti della Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance

4.3 - ANALISI SWOT

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

ANALISI SWOT

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

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

Dall'analisi SWOT si evidenziano caratteristiche di particolare complessità per il momento "storico" e congiunturale che l'ASP di Palermo e la Sanità siciliana stanno attraversando ed anche a livello internazionale con i continui sbarchi di immigrati nelle nostre coste , chiedendo a tutti gli operatori un impegno sempre maggiore per poter raggiungere le performance attese.

5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Passando ad analizzare il contesto interno, si fa riferimento a:

- la struttura organizzativa aziendale, di cui si è già illustrato al paragrafo 3.1 del presente Piano,
- le risorse finanziarie, di cui si è già trattato al paragrafo 3.3 del presente Piano,
- le risorse umane, le quali sono già state indicate al paragrafo 3.2 e per le quali si può aggiungere che una analisi quali-quantitativa delle risorse umane disponibili nella nostra Azienda ha permesso di rilevarne alcune caratteristiche, come indicate nella sottostante tabella.

ASP PALERMO - RISORSE UMANE

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

6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il sistema di valutazione della performance, anche quest'anno, è quello previsto dal decreto "Brunetta" (D.Lgs.n.150/2009) in cui si potrà coniugare la performance organizzativa conseguita dalle strutture organizzative con quella individuale collegata ai dirigenti.

Le indicazioni contenute nelle disposizioni assessoriali nonché nelle circolari aziendali hanno già consentito di attuare la diffusione della informazione a tutto il personale in particolare sulla correlazione tra risultati e riconoscimento economico. Ancora per l'anno 2016 si farà 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 distinti per i Direttori di macrostruttura.

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 già 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 e una fascia "alta" cui afferiscono coloro che hanno un punteggio individuale elevato.

Per quanto concerne l'assegnazione degli obiettivi, si procede alla distribuzione delle schede degli obiettivi aziendali alle macrostrutture, corrispondenti alla performance organizzativa, oggetto di valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione; a queste segue, a cascata, l'assegnazione degli obiettivi annuali individuali.

Per quanto riguarda la scheda di valutazione dei 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, a seguito 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 performance dei Direttori delle macrostrutture. Tali valutazioni confluiscono nelle valutazioni per il rinnovo dei contratti individuali, cui contribuiscono in modo sostanziale.

7. ALBERO DELLA PERFORMANCE

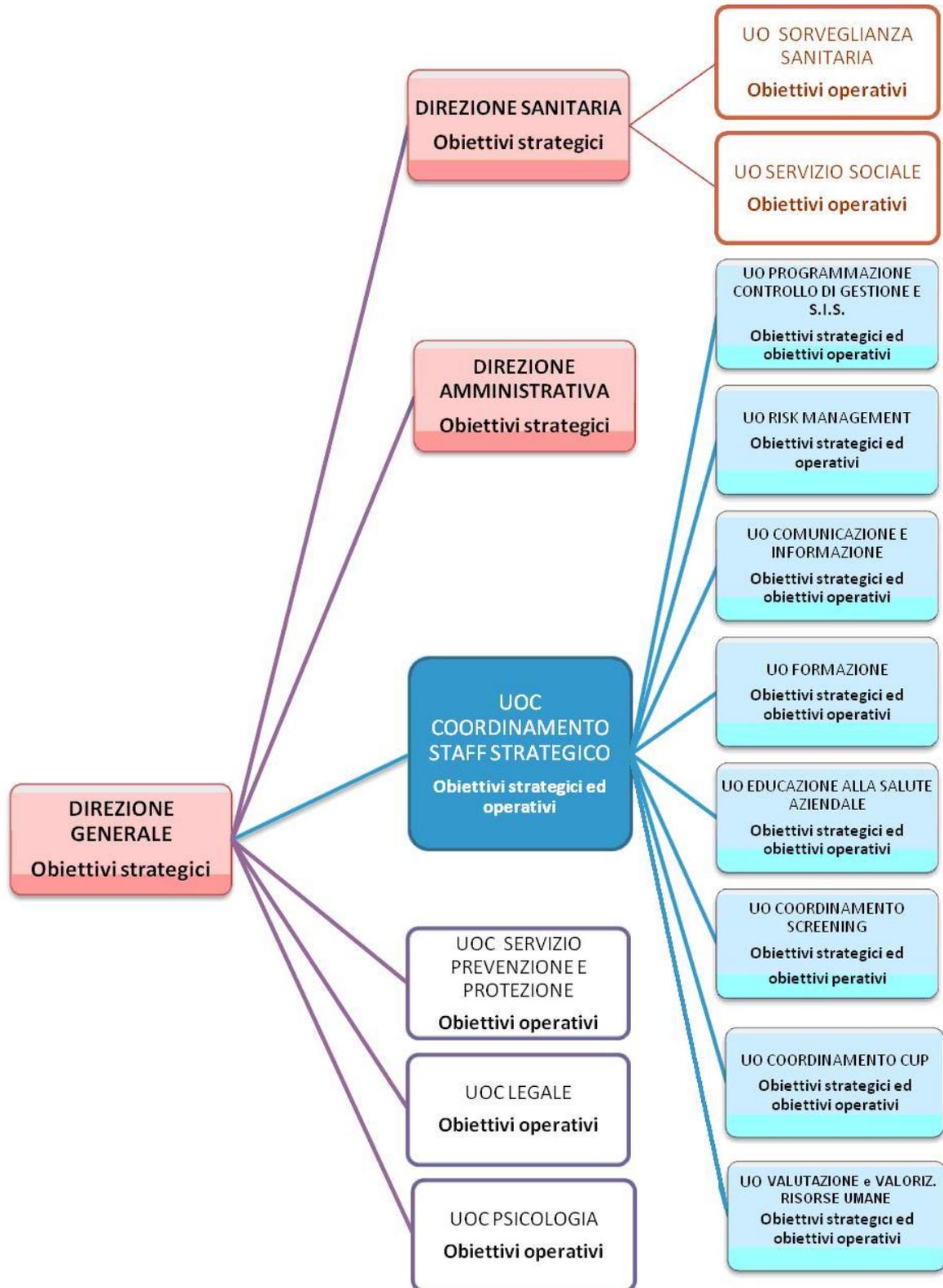
L'ASP di Palermo, una delle più grandi del nostro Paese, comprende un ampio territorio provinciale con una popolazione pari a **1.277.975** abitanti e, proprio per la sua vastità, è caratterizzata da una particolare complessità che si riflette nella sua articolata struttura organizzativa.

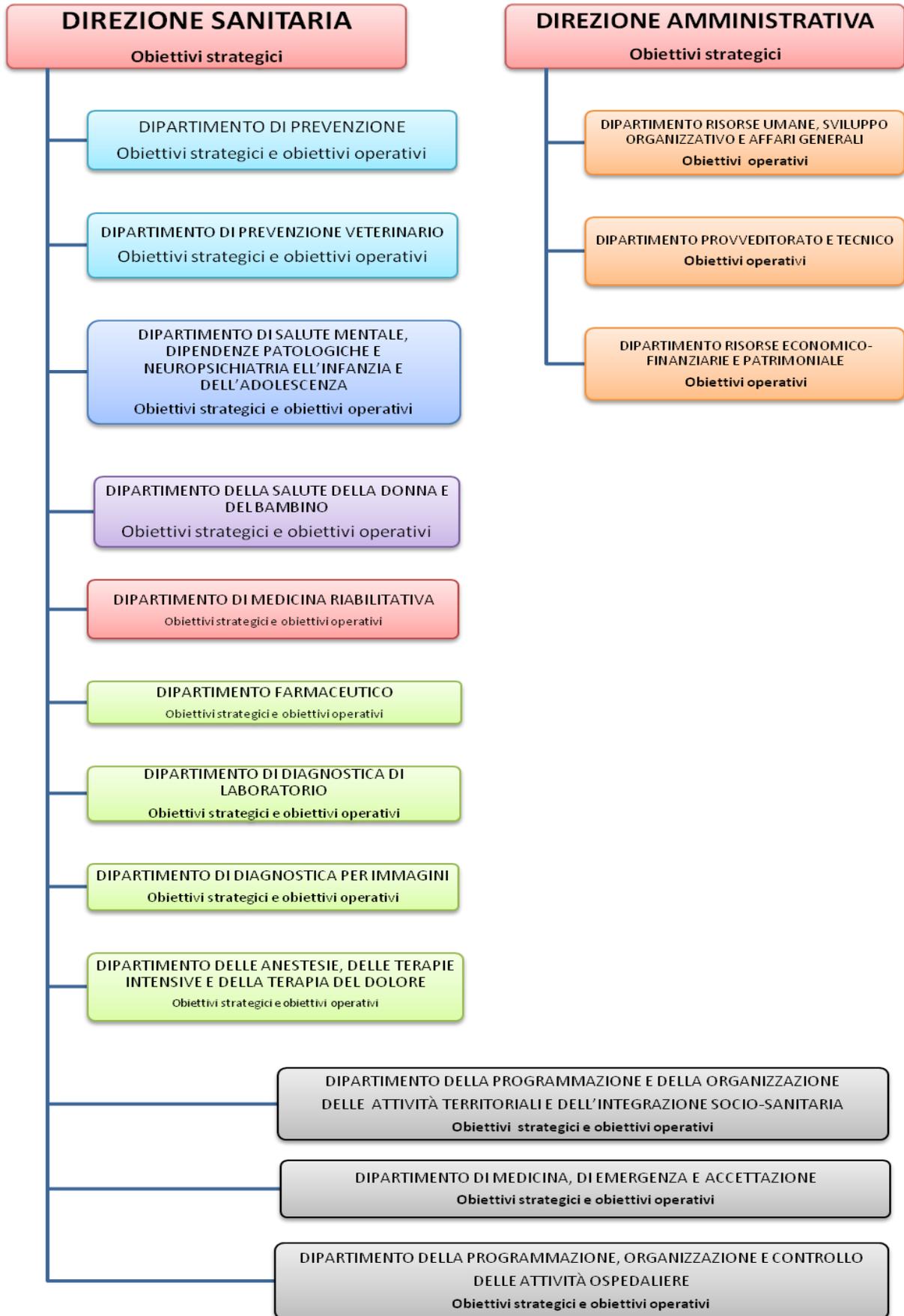
L'Azienda, infatti, è articolata in numerosi Dipartimenti strutturali e in diversi Presidi Ospedalieri, caratterizzati da una gestione dipartimentale dei servizi propri, sia dell'area ospedaliera sia dell'area territoriale, con lo scopo precipuo di realizzare al meglio ogni forma di integrazione ospedale-territorio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

La Direzione Strategica così, anche per l'anno 2016, declina gli **obiettivi strategici**, definiti dall'Assessorato della Salute con il supporto dell'Agenas, per macro-area di intervento, individua opportuni **obiettivi operativi** che consentano di perseguire gli obiettivi strategici stabiliti, quindi li assegna alle macrostrutture (Dipartimento – Distretto Sanitario – Distretto Ospedaliero e UU.OO. di Staff) e/o per singole strutture complesse. Ai sensi del D.Lgs n. 150/2009, in ciascun ambito operativo vengono coerentemente definiti, secondo il meccanismo a cascata sopra citato, ulteriori obiettivi operativi, tali da consentire la coniugazione della performance organizzativa conseguita dalla struttura di riferimento con la performance individuale realizzata da ciascun dipendente (dirigente e non).

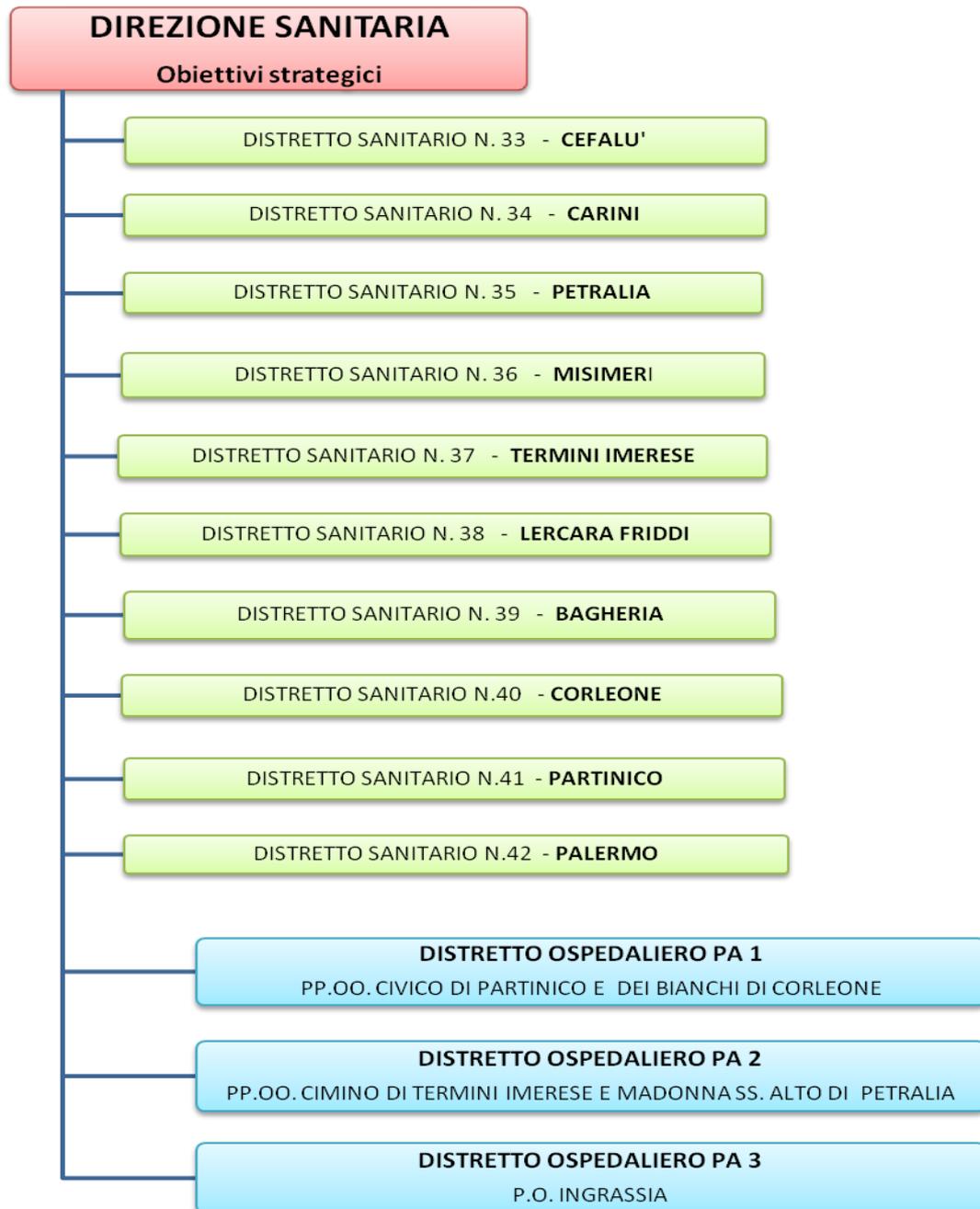
Tutto ciò rende possibile l'apporto individuale di ciascuna struttura e ciascun operatore, dando quindi maggiori garanzie di pervenire al raggiungimento dei risultati attesi, prevalentemente orientati al potenziamento delle attività assistenziali di recente avviamento, al perseguimento di una maggiore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

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





Gli obiettivi strategici aziendali sono declinati sia nell'ambito dell'area territoriale, governata dai Distretti Sanitari, sia nell'ambito dell'area ospedaliera, organizzata nei 3 Distretti Ospedalieri di PA 1 , Pa 2 e PA 3 (oggi comprensivo anche del P.O. "Villa delle Ginestre"), per la quale sono stati definiti specifici obiettivi con riferimento alle singole Strutture complesse (UOC) in essa operanti.



8. GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Anche per l'anno 2016 l'ASP di Palermo, ha continuato a rendere più evidenti i processi di “de-verticalizzazione” dell'organizzazione, utili ad una maggiore responsabilizzazione del management intermedio e di *line* sui processi attivati e sui risultati attesi, al fine di ridurre ulteriormente la persistenza, pur residuale, di logiche autoreferenziali delle diverse componenti organizzative.

Per questo motivo, al di là degli obiettivi che sono declinati dal livello regionale, vengono introdotti ulteriori correttivi per una politica di gestione più appropriata ed efficace per “creare sistema”. Si tratta di consolidare un processo “interno” di maggiore chiarezza delle responsabilità e di miglioramento delle interfacce organizzative interne ed un processo “esterno”, che, in un'ottica interaziendale provinciale, si prefigga di consolidare in modo più incisivo e duraturo i percorsi assistenziali integrati all'interno dei nuovi modelli organizzativi territoriali previsti dalla L.R. 5/2009 (Presidi territoriali di Assistenza, Punti Unici di Accesso, Punti di Primo Intervento, Ambulatori a Gestione Integrata etc).

Del resto, in un territorio così vasto che si estende dal comprensorio della Valle dello Jato fino a Cefalù, in cui viene servita una popolazione pari a **1.277.975** di assistibili, appare indispensabile imprimere una ulteriore spinta verso uno “stile responsabile” diffuso, che favorisca quanto già realizzato sul versante dello sviluppo dei meccanismi operativi necessari al progressivo spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio ed al superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale.

Per tali motivi nella misurazione della performance aziendale viene data prioritariamente particolare enfasi a tutte le azioni necessarie per imprimere nuova linfa al sistema di regolamentazione interno, non solo a quello di tipo amministrativo-contabile, ma con particolare rilievo alle strategie di sviluppo più visibile del sistema procedurale (linee guida, raccomandazioni di comportamento clinico, percorsi diagnostico-terapeutici, etc) a supporto dell'attività clinico-assistenziale per rinforzare la “resilienza” del sistema di sicurezza del paziente e dell'operatore. Infatti, al fine di imprimere maggiore spinta alle logiche di governo clinico, per la valutazione delle attività è data prioritaria rilevanza alla capacità di programmazione – progettazione delle macroarticolazione aziendali.

L'impegno è, inoltre, rivolto al consolidamento di un vero e proprio “sistema provinciale” attraverso lo sviluppo, sostanziale e formale, della funzione di “committenza” dell'ASP verso le Aziende Ospedaliere, come indicato dalla LR 5/2009.

In particolare la misurazione delle performance riguarderà prevalentemente i seguenti macro – obiettivi:

Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo delle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 - Miglioramento e monitoraggio delle attività relative alla Sanità veterinaria, alla Sicurezza alimentare, alla Tutela ambientale, alle Attività di prevenzione nei luoghi di lavoro - Miglioramento e monitoraggio delle attività relative ai programmi di vaccinazione secondo le indicazioni regionali e ministeriali - Miglioramento e monitoraggio 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 2016-2017 dell'Assessorato della salute.
Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale	<p>Miglioramento dell'integrazione tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere, soprattutto nell'ambito delle patologie croniche, attraverso il consolidamento della dimissione facilitata</p> <p>Formalizzazione di una procedura sulla Gestione integrata ospedale-territorio relativa allo scompenso cardiaco</p>
Assistenza Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione delle linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche secondo D. Assessorato Salute 13/3/2013 (GURS 29/3/2013) - Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale secondo il Programma Nazionale Esiti: <ul style="list-style-type: none"> a) miglioramento degli standard relativi alla Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni b) miglioramento degli standard relativi alla riduzione incidenza parti cesarei c) mantenimento dello standard relativo all'effettuazione dell'angioplastica nell' infarto miocardico acuto con sopralivellamento del tratto ST - Formalizzazione di un percorso diagnostico-terapeutico per la cura delle persone anziane con frattura di femore secondo indicazioni Decreto Assessorato salute n. 2525 del 19 novembre 2015 - Formalizzazione di un percorso diagnostico-terapeutico per la misurazione standardizzata della gravità della malattia
Integrazione socio-sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico dei pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio e Residenza sanitaria assistita-territorio
Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile	<ul style="list-style-type: none"> - Autovalutazione dei punti nascita secondo indicazioni dell'Assessorato della salute (nota DASOE n. 92674 del 28/11/2016) - Consolidamento del percorso nascita tra i consultori e i punti nascita PP.OO. ASP e AA.OO.

Salute mentale	<p>Miglioramento della presa in carico globale del paziente con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria infantile: Applicazione della procedura aziendale sulla presa in carico dei minori vittime di abuso e loro famiglie - Dipendenze patologiche: Presa in carico di pazienti con comorbidità psichiatrica, Presa in carico di pazienti con gioco d'azzardo problematico - Moduli dipartimentali Salute mentale: Presa in carico di pazienti con disturbi mentali gravi, Presa in carico di pazienti da parte Centri Salute Mentale secondo definiti criteri di inclusione, Presa in carico di pazienti dimessi da Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura
Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei pazienti	<p>Miglioramento del livello delle prestazioni relative alla Qualità e Sicurezza dei pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuazione e analisi degli eventi sentinella nell'ambito del programma di controllo del rischio clinico - monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza del paziente - attività di osservazione sulla corretta applicazione della check list in sala operatoria - adesione al programma regionale Global trigger tool per l'individuazione degli eventi avversi attraverso l'analisi delle cartelle cliniche - svolgimento di audit per gli indicatori del Programma nazionale esiti secondo indicazioni dell'Assessorato della salute - miglioramento dell'attività di formazione attraverso lo sviluppo e applicazione di strumenti che consentano di rendere più efficacemente valutabile l'aspetto della qualità dell'assistenza a partire dalle competenze cliniche e relativi livelli di autonomia professionale: cosiddetti "privileges" - consolidamento di un sistema di incident reporting in ambito territoriale nell'ambito del programma di controllo del rischio clinico - adesione al programma regionale di misurazione della qualità percepita - effettuazione delle indagini di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza previste dal programma regionale - realizzazione delle attività finalizzate alla riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari: adesione a studi di prevalenza, revisione delle brochure informative, formalizzazione di team aziendale per la gestione dei cateteri vascolari, conferimento dei privileges agli operatori per l'impianto e la gestione dei cateteri vascolari, svolgimento di audit sulle procedure di impianto e gestione dei cateteri vascolari
Spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	<p>Miglioramento del governo della spesa del settore farmaceutico anche con interventi mirati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</p>
Flussi informativi	<p>Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS) consolidati</p>

Progettazione aziendale	Pieno sviluppo e consolidamento della progettazione Aziendale e messa a sistema delle aree di progettazione afferenti alle linee programmatiche di PSN, di integrazione socio – sanitaria e di Internazionalizzazione.
Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Assicurare il rispetto degli adempimenti indicati dall'Ass.to e della relativa tempistica
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza
Efficienza Gestionale	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione tempestiva dei documenti di Bilancio Consuntivo 2015 e Bilancio Previsionale 2016 - Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.

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

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

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

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

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

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

In sede di applicazione del presente Piano per l’anno 2016, agli obiettivi relativi al PTPC è assegnato un peso complessivo pari a punti “10”

Area	Obiettivo	Indicatore	Peso	Valore Atteso
Norme Anticorruzione	Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica previsti nel PTPC	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
	Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica previsti nel PTPTI	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%

10. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

All'interno della logica di albero della performance, ad ogni area di intervento declinata in obiettivi strategici si associa un'articolazione di obiettivi operativi, da assegnare 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.

Gli obiettivi operativi sono definiti e assegnati annualmente e rilevati in apposite schede denominate "schede di budget".

Nell'allegato 2 si riportano gli obiettivi operativi per l'anno 2016 e le relative schede di budget.

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

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

	Fase del processo	Soggetti coinvolti
1	Definizione dell'identità dell'organizzazione	U.O. Programmazione e Controllo di Gestione
2	Analisi del contesto esterno ed interno	Dipartimento Risorse Umane
3	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	Direzione Strategica U.O. Coordinamento Staff Strategico U.O. Qualità e progettazione U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e SIS
4	Programmazione economico-finanziaria	U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e SIS Dip. Risorse Economico-Finanziarie
5	Il sistema di misurazione e valutazione della Performance e il ciclo di gestione	U.O. Valutazione e Valorizzazione delle Risorse Umane.
6	Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno	U.O. Programmazione e Controllo di Gestione U.O. Comunicazione e Informazione

L'ASP avvia il proprio "processo di budgeting" con la definizione degli obiettivi da parte della Direzione Strategica, tenuto conto delle indicazioni assessoriali, per il tramite dell'U.O. Programmazione, controllo di gestione e SIS; si procede quindi all'assegnazione degli stessi obiettivi ai direttori di macrostruttura.

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

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

Del suddetto sistema di misurazione è garante l'Organismo Indipendente di valutazione (OIV), istituito nell'ASP di Palermo con delibera n. 1025 del 15 dicembre 2015, che supporta la Direzione aziendale.

Tale sistema è centrato sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa, indicando ogni raccordo logico per l'allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori (strumenti che rendono possibile l'attività di acquisizione delle informazioni), di outcome (risultato atteso) e target (valore

desiderato o valore atteso) per ciascun indicatore, che deve avere caratteristiche di qualità e di fattibilità opportunamente soppesate, al fine di soddisfare le esigenze dei portatori di interesse interni ed esterni, e dell'Utenza in particolare, cui le azioni sottese agli obiettivi sono destinate.

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

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

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

Il percorso "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi operativi consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità: la Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ad essa assegnati dagli organismi regionali e dalla relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi annuali alle macrostrutture aziendali. I responsabili delle macro strutture, coadiuvati dai dirigenti delle strutture coordinate, comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale e le modalità previste per il raggiungimento

12. LA TRASPARENZA DEL PIANO

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

Il Piano, pertanto, una volta adottata la relativa delibera di adozione e approvazione, è reso conoscibile e scaricabile on line dal sito aziendale, www.asppalermo.org, pubblicato nell' apposita sezione "Trasparenza, valutazione e merito".

ALLEGATO 1 - I NUMERI DELL'ASP IN PIAZZA ANNI 2014-2015-2016

ALLEGATO 1

**I NUMERI DELL'ASP IN PIAZZA
ANNI 2014-2015-2016**

ASP IN PIAZZA 2014

1. Partinico 11/1/2014
2. Bagheria 11/2/2014
3. Termini Imerese 19/2/2014
4. San Mauro Castelverde 27/2/2014
5. Corleone 14/3/2014
6. Cefalù 21/3/2014
7. Misilmeri 27/3/2014
8. Lampedusa 3/4/2014
9. Lercara Friddi 8/4/2014
10. Petralia Sottana 14/4/2014
11. Piazza Politeama – Palermo 29/4/2014
12. Linosa 6/5/2014
13. San Giuseppe Jato 20/5/2014
14. Brancaccio – Palermo 10/6/2014
15. Camporeale 12/6/2014
16. Ustica 18/6/2014
17. San Filippo Neri (ZEN)

ASP IN PIAZZA 2015

1. Borgo Nuovo 19/2/2015
2. Piazza Kalsa 3/3/2015
3. Balestrate 24/3/2015
4. Montemaggiore Belsito 16/4/2015
5. Ciminna 23/4/2015
6. Piazza Verdi – PALERMO 14/5/2015-
7. Isnello 7/5/2015
8. Gangi 12/5/2015
9. Lampedusa 20/5/2015
10. Linosa 2/7/2015

LA NOTTE BIANCA DELLA PREVENZIONE

1. Presidio Enrico Albanese, 11 giugno 2015

ASP IN PIAZZA 2016

1. 15 Marzo martedì Bisacchino (Distretto 40 Corleone): 660 prestazioni
2. 31 Marzo giovedì Valledolmo (Distretto 38 Lercara Friddi): 2.125 prestazioni
3. 5 Aprile martedì Carini (Distretto 34): 3.998 prestazioni
4. 12 Aprile martedì Montelepre (Distretto 41 Partinico): 1.334 prestazioni
5. 19 Aprile martedì Altavilla Milicia (Distretto 39 Bagheria): 2.346 prestazioni
6. 28 Aprile giovedì Marineo (Distretto 36 Misilmeri): 2.127 prestazioni
7. 10-11-12 Maggio Lampedusa (Distretto 42 Palermo): 1.658 prestazioni
8. 17 Maggio Castelbuono (Distretto 33 Cefalù): 1.486 prestazioni
9. 26 Maggio Cerda (Distretto 37 Termini Imerese): 986 prestazioni
10. 31 Maggio Castronovo di Sicilia (Distretto 38 Lercara): 1.829 prestazioni
11. 3 Giugno venerdì Bompietro (Distretto 35 Petralia Sottana): 1.126 prestazioni
12. 23 Giugno, Linosa (Distretto 42 di Palermo): 286 prestazioni
13. 27 Settembre, Alia (Distretto 38 Lercara): 2.101 prestazioni
14. 18 Ottobre, Prizzi (Distretto 38 Lercara): 1.571 prestazioni
15. 25 Ottobre, Cefalà Diana (Distretto 36): 1.058 prestazioni
16. 8 Novembre, Petralia Soprana (Distretto 35): 1.153 prestazioni
17. 17 Novembre, Chiusa Sclafani (Distretto 40 Corleone): 1.726 prestazioni.

TOTALE PRESTAZIONI 27.570

**I nostri camper hanno percorso 2.989 km.*

PRESTAZIONI

1. Screening del tumore alla mammella;
2. Screening del cervicocarcinoma;
3. Screening del tumore al colon retto;
4. Screening tumore alla tiroide;
5. Screening del diabete e dei fattori di rischio cardiovascolari;
6. Prevenzione cardiologica
7. Prevenzione del melanoma (visita dermatologica)
8. Prevenzione BCPO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)
9. Prevenzione dell'obesità: educazione alimentare e corretti stili di vita
10. Prevenzione del gioco d'azzardo patologico ed internet (social network)
11. Lotta al randagismo (microchippatura gratuita dei cani)
12. Servizi all'utenza (CUP, riscossione ticket; cambio medico; esenzione ticket per reddito)

ATTREZZATURE STANDARD "ASP IN PIAZZA"

- 3 Camper
- Un furgone dei veterinari per la microchippatura dei cani
- 16 gazebo
- 30 tavoli
- 700 sedie
- 10 panche
- Un gruppo elettrogeno
- Un mammografo digitale
- Un ecografo portatile
- Un furgone 9 posti (supporto)
- Due camion trasporto materiale (supporto)
- Un furgone elettricisti (supporto)

REPORT PRINCIPALI PRESTAZIONI ASP IN PIAZZA 2016

- Totale prestazioni: 27.570
- Prevenzione tumore alla mammella: 997 prestazioni (6 tumori)
- Prevenzione tumore colon retto: 885 sof test distribuiti (10 sospetti tumori)
- Prevenzione tumore al collo dell'utero: 598 pap test (38 sospetti positivi)
- Prevenzione del tumore alla prostata: 439 prestazioni (24 casi che hanno richiesto ulteriori esami di approfondimento)
- Prevenzione del melanoma: 1.276 prestazioni (18 tumori della pelle)
- Prevenzione del tumore alla tiroide: 1.301 prestazioni (14 sospetti tumori e 28 casi di disfunzione tiroidea)
- Screening del diabete e dei fattori di rischio cardiovascolari: 3.544 prestazioni (119 casi di diabete misconosciuto)
- Prevenzione dell'obesità: 704 prestazioni (36% obesi)

SCREENING DAY 2016

1. Castellana Sicula, 20 luglio: 441 prestazioni
2. Petralia Sottana, 4 agosto: 534 prestazioni
3. Geraci Siculo, 30 agosto: 683 prestazioni
4. Polizzi Generosa, giovedì 15 settembre: 2.668 prestazioni

TOTALE PRESTAZIONI 4.326

PRESTAZIONI

1. Screening del tumore alla mammella (mammografia);
2. Screening del cervicocarcinoma (pap test);
3. Screening del tumore al colon retto (sof test);
4. Screening del diabete e dei fattori di rischio cardiovascolari;
5. Prevenzione del melanoma (visita dermatologica)

REPORT SCREENING DAY

- Totale prestazioni: 4.326
- Screening tumore mammella: 298 mammografie (2 INDIRIZZATE SECONDO LIVELLO)
- Screening cervicocarcinoma: 120 pap test (3 SOSPETTE POSITIVE)
- Screening tumore colon retto: 256 sof test (8 sospetti positivi)
- Screening del diabete e dei fattori di rischio cardiovascolari: 1.336 prestazioni (dati in fase di elaborazione)
- Screening melanoma: 416 prestazioni (6 carcinomi cutanei e 12 nevi sospetti)

OPEN DAY 2016

1. 8 Marzo martedì
2. 7 Aprile giovedì
3. 5 Maggio giovedì
4. 16 Giugno giovedì

PRESTAZIONI

1. Screening del tumore alla mammella (mammografia);
2. Screening del cervicocarcinoma (pap test);
3. Screening del tumore al colon retto (sof test);

REPORT OPEN DAY 2016

- Totale prestazioni: 2.022
- Screening del tumore alla mammella: 1.127 mammografie (9 tumori)
- Screening del cervicocarcinoma: 1.144 pap test (130 casi che hanno necessitato ulteriori esami di approfondimento)
- Screening del tumore al colon retto: 909 sof test (7 sospetti positivi)

RIEPILOGO 2016

• ASP IN PIAZZA 2016 (17 TAPPE):	27.570 PRESTAZIONI
• OPEN DAY 2016 (4 INIZIATIVE):	2.022 PRESTAZIONI
• SCREENING DAY 2016 (4 INIZIATIVE):	4.326 PRESTAZIONI
<hr/>	
Totale	33.918 PRESTAZIONI

REPORT SCREENING LEA (Asp in Piazza, Open Day, Screening Day)

- Screening tumore alla mammella, 2.422 mammografie: **15 tumori (34 sospetti positivi)**
- Screening tumore colon retto, 2.050 sof test: **25 sospetti positivi**
- Screening cervicocarcinoma, 1.832 pap test: **171 sospetti positivi**

REPORT SCREENING "NO LEA" (Asp in Piazza, Screening Day)

- Screening melanoma, 1.692 prestazioni: **24 carcinomi cutanei (12 nevi sospetti)**
- Screening del diabete, 4.880 prestazioni: **119 casi di diabete misconosciuto**

REPORT SCREENING "NO LEA" (Asp in Piazza)

- Screening del tumore alla tiroide, **1.301 prestazioni (14 sospetti tumori e 28 casi di disfunzione tiroidea)**
- Screening del tumore alla prostata, **439 prestazioni (24 casi che hanno richiesto ulteriori esami di approfondimento)**
- Prevenzione dell'obesità, **704 prestazioni: 37% obesi**

ALLEGATO 2 - GLI OBIETTIVI OPERATIVI E LE SCHEDE DI BUDGET ANNO 2016 (120 PAGINE)

ALLEGATO 2

**GLI OBIETTIVI OPERATIVI E
LE SCHEDE DI BUDGET ANNO 2016**

N. OBTV	OBIETTIVI	N. SUB OBTV	INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
UOC Coordinamento staff strategico						
1	Redazione della Relazione sulla performance aziendale (Programmazione Controllo di Gestione - Sistema Informativo e Statistico)	1.1	Esistenza di documento "Relazione sulla performance"	10	Si (Allegare Report)	
	Monitoraggio, verifica e trasmissione dei flussi assessoriali e ministeriali (Programmazione Controllo di Gestione - Sistema Informativo e Statistico)	1.2	N. flussi verificati e trasmessi nei tempi previsti /N. flussi pervenuti	10	100%	
2	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale - (Qualità)	2.1	Supporto/Partecipazione alla realizzazione delle attività di competenza previste dall' Area 2 "QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI" del PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report)	
3	OBIETTIVO 7: UTILIZZO FONDI di P.S.N. (Progettazione)	3.1	Garantire uniformità metodologica ed assicurare attività di supporto per la pianificazione e lo stato di avanzamento delle azioni progettuali con reportistica periodica ai referenti dell'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report)	
4	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale - (Risk management)	4.1	Supporto/Partecipazione alla realizzazione delle attività di competenza previste dall' Area 2 "QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI" del PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report)	
5	Realizzazione di corsi formativi ECM (Formazione)	5.1	N. corsi formativi ECM previsti dal Piano formativo aziendale 2016 effettuati / N. corsi formativi ECM previsti dal Piano formativo aziendale 2016	10	>=70%	
6	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale - (Comunicazione e Informazione)	6.1	Supporto/Partecipazione alla realizzazione delle attività di competenza previste dall' Area 2 "QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI" e dall'AREA 5 "SVILUPPO ORGANIZZATIVO" del PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report)	
7	Piano di prevenzione aziendale (Educazione e Promozione della Salute Aziendale – UOEPSA)	7.1	Supporto/Partecipazione alla realizzazione delle attività di competenza previste dal Piano di prevenzione aziendale	10	Si (Allegare report)	
8	Applicazione della procedura interna per la valutazione pluriennale dei dirigenti (Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane)	8.1	N. valutazioni pluriennali dei dirigenti che seguono la procedura interna / N. richieste di valutazione pluriennale pervenute	10	>=90%	
9	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale -	9.1	Redazione e stesura del PAA, monitoraggio avanzamento degli obiettivi di salute e di funzionamento	10	SI	
totale peso				100		

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

	OBIETTIVI GENERALI		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
UOC Servizio Prevenzione e Protezione						
1	Piani di emergenza nei poliambulatori con superficie > 1000 mq.	1.1	n. dei piani di emergenza redatti per poliambulatori con sup. >1000 mq / n. complessivo di poliambulatori con sup >1000 mq	30	100%	
2	Audit sulla sicurezza antincendio nei PTA aziendali	2.1	N. di PTA aziendali in cui si sono completati gli audit / N. complessivo di PTA aziendali	30	100%	
3	Monitoraggi ambientali	3.1	Monitoraggio presenza gas anestetici aerodispersi nelle SS.OO.	10	SI (Allegare report)	
		3.2	Monitoraggio presenza formaldeide nelle SS.OO.e nei laboratori di Patologia Clinica	10	SI (Allegare report)	
		3.3	Monitoraggio delle concentrazioni di CO2 nelle SS.OO. e nei laboratori di Patologia Clinica	10	SI (Allegare report)	
4	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	4.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
5	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza ed Integrità	5.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			Totale peso	100		

OBIETTIVI BUDGET 2016

OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V. A. 2016	V. R. 2016
UOC Legale							
EFFICIENZA GESTIONALE	1	Miglioramento della performance delle UU.OO. Dipartimentali	1.1	Grado di raggiungimento degli Obiettivi dalla UO Gestione Contenzioso	26	100%	
			1.2	Grado di raggiungimento degli Obiettivi dalla UO Gestione Sinistri del Personale	26	100%	
			1.3	Grado di raggiungimento degli Obiettivi dalla UO Contenzioso del Lavoro	26	100%	
	2	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	2.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016/ Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	12	<=1	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Prevenzione della Corruzione	3	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	3.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza ed Integrità	4	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	4.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
				totale peso	100		

OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
UOS Gestione del contenzioso							
EFFICIENZA GESTIONALE	1	Monitoraggio delle attività	1.1	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.	15	SI	
			1.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento	15	SI	
			1.3	N. procedure attivate per recupero crediti / N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite	20	100%	
			1.4	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	20	SI	
			1.5	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai Legali con adozione delle relative determine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	10	SI	
EFFICIENZA GESTIONALE	2	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	2.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016/Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	10	<=1	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Prevenzione della Corruzione	3	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	3.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza e Integrità	4	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	4.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Totale peso					100		

OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
UOS Contenzioso del lavoro							
EFFICIENZA GESTIONALE	1	Monitoraggio delle attività	1.1	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.	25	SI	
			1.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento.	20	SI	
			1.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	25	SI	
			1.4	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai legali con adozione delle relative determine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	10	SI	
	2	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	2.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016/Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	10	<=1	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Prevenzione della corruzione	3	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	3.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza e integrità	4	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	4.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Totale peso					100		

OBIETTIVI BUDGET 2016

OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V. A. 2016	V. R. 2016
UOS Gestione sinistri del personale							
EFFICIENZA GESTIONALE	1	Gestione assicurativa polizze RCT/O - Infortuni - Kasko	1.1	N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri/N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti	30	> 80%	
	2	Gestione liquidazione franchigia	2.1	N. di sinistri da liquidare in franchigia/ N.totale liquidazioni effettuate in franchigia	30	> 80%	
	3	Procedure denunce sinistri	3.1	N. Polizza gestite/N. procedure avviate	20	> 80%	
	4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	4.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016/Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	10	<=1	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Prevenzione della Corruzione	5	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	5.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza ed Integrità	6	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
				totale peso	100		

	OBIETTIVI GENERALI	Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
UOC Psicologia					
1	Organizzazione eventi formativi	1.1 N.eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia a favore degli psicologi dell'ASP n. psicologi formati / n.psicologi ASP Palermo	30	SI (Allegare report)	
2	Potenziamento e supporto ai percorsi integrati su target prioritari per gli aspetti psicologici	2.1 Supporto psicologico specifico pr i percorsi integrati progettati negli anni 2010 - 2012: A Percorso integrato su paziente minore con diabete mellito: n. interventi di gruppo "informativi/formativi/di educazione terapeutica" per pazienti minorenni e giovani adulti con diabete mellito.	20	Rilevazione e report	
		2.2 Supporto psicologico specifico pr i percorsi integrati progettati negli anni 2010 - 2012: B Percorso integrato per familiari e care giver di pazienti minorenni e giovani adulti con diabete mellito: n. interventi di gruppo "informativi/formativi/di educazione terapeutica" per familiari e care giver di pazienti minorenni e giovani adulti con diabete mellito	20	Rilevazione e report	
3	Incremento delle attività degli interventi clinici	3.1 N° soggetti anziani (over-64) presi in carico per trattamenti riabilitativi psicoterapeutici anno 2016/N° soggetti anziani (over-64) presi in carico per trattamenti riabilitativi psicoterapeutici anno 2015	20	> 1 (trend in crescita rispetto 2015)	
4	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	4.1 N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
5	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	5.1 N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Totale peso			100		

	OBIETTIVI GENERALI		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
UOS Sorveglianza Sanitaria						
1	Mantenimento standard di attività di sorveglianza sanitaria in ambito aziendale	1,1	Numero visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del DL. 81/2008 nell'anno 2016	45	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	
	Mantenimento standard di attività di sorveglianza sanitaria vs Esterni	1,2	Numero prestazioni sanitarie effettuate sul personale dipendente da aziende o ditte esterne convenzionate nell'anno 2016 / numero di prestazioni analoghe effettuate nell'anno 2015	45	≥ 1	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	2,1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N.adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza ed Integrità	3,1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N.adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			Totale peso	100		

OBIETTIVI BUDGET 2016

	OBIETTIVI GENERALI		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
SEGRETERIA DIREZIONE GENERALE						
1	Miglioramento dell'accessibilità ai servizi di supporto alla Direzione	1.1	Assistenza alla Direzione Generale, attraverso la gestione dell'agenda degli appuntamenti, l'attività di filtro delle chiamate, l'organizzazione degli impegni, delle pubbliche relazioni e dei rapporti istituzionali.	20	SI	
		1.2	Supporto alle attività di comunicazione intra ed extra aziendale	20	SI	
2	Miglioramento dell'efficienza nei servizi di supporto alla Direzione	2.1	Assistere la Direzione nell'espletamento di compiti di natura organizzativa ed amministrativa.	20	SI	
		2.2	Collaborazione con le strutture aziendali nel gestire le problematiche di office management.	20	SI	
3	Miglioramento dell'integrità e della trasparenza nei servizi di supporto alla Direzione	3.1	Garanzia di un'appropriata circolazione delle informazioni sia all'interno del sistema, che verso l'esterno	20	SI	
			Totale peso	100		

OBIETTIVI BUDGET 2016

	OBIETTIVI GENERALI		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA						
1	Miglioramento dell'accessibilità ai servizi di supporto alla Direzione	1.1	Assistenza alla Direzione Amministrativa attraverso la gestione dell'agenda degli appuntamenti, l'attività di filtro delle chiamate, l'organizzazione degli impegni, delle pubbliche relazioni e dei rapporti istituzionali.	20	SI	
		1.2	Supporto alle attività di comunicazione intra ed extra aziendale	20	SI	
2	Miglioramento dell'efficienza nei servizi di supporto alla Direzione	2.1	Assistere la Direzione nell'espletamento di compiti di natura organizzativa ed amministrativa.	20	SI	
		2.2	Definizione delle funzioni e attività delle UU.OO. delle professioni sanitarie.	10	SI	
		2.3	Collaborazione con le strutture aziendali nel gestire le problematiche di <i>clinical governance</i>	10	SI	
3	Miglioramento dell'integrità e della trasparenza nei servizi di supporto alla Direzione	3.1	Garanzia di un'appropriata circolazione delle informazioni sia all'interno del sistema, che verso l'esterno	20	SI	
			Totale peso	100		

OBIETTIVI BUDGET 2016

	OBIETTIVI GENERALI		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
SEGRETERIA DIREZIONE AMMINISTRATIVA						
1	Miglioramento dell'accessibilità ai servizi di supporto alla Direzione	1.1	Assistenza alla Direzione Amministrativa, attraverso la gestione dell'agenda degli appuntamenti, l'attività di filtro delle chiamate, l'organizzazione degli impegni, delle pubbliche relazioni e dei rapporti istituzionali.	20	SI	
		1.2	Supporto alle attività di comunicazione intra ed extra aziendale	20	SI	
2	Miglioramento dell'efficienza nei servizi di supporto alla Direzione	2.1	Assistere la Direzione nell'espletamento di compiti di natura organizzativa ed amministrativa.	20	SI	
		2.2	Filtro, raccolta ed organizzazione degli imput provenienti dai fornitori interni e dai clienti esterni.	20	SI	
3	Miglioramento dell'integrità e della trasparenza nei servizi di supporto alla Direzione	3.1	Garanzia di un'appropriata circolazione delle informazioni sia all'interno del sistema, che verso l'esterno	20	SI	
			Totale peso	100		

Dipartimento di Prevenzione						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N° adempimenti posti in essere relativi al Piano Anticorruzione nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano Anticorruzione	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	2.1	N° adempimenti relativi al Piano sulla Trasparenza posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza	5	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	3.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2016/budget assegnato come da apposita scheda	6	<=1	
5			Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento		100%	
		4.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	12		
		4.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	12		
		4.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	12		
		4.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	12		
		4.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	12		
		4.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	12		
		4.6	UOC HACCP - RSO	12		
			totale peso	100		

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

Dipartimento Prevenzione						
UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva						
	Obiettivi	Indicatori		PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti		5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti		5	100%	
3	Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)(n.prot.1006/DAU 2016)	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti		5	100%	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2016/budget assegnato come da apposita scheda		5	<=1	
5	Obiettivo n.7 AGENAS: Utilizzo fondi Progetto Obiettivo PSN 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013	5.1	Trasmissione di report trimestrale alla UOS Progettazione	5	100%	
		5.2	Rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30 aprile 2017)	5	100%	
6	Obiettivo n.1 AGENAS:Screening Oncologici:					
	Aumento dell'estensione dei programmi di screening del cervicocarcinoma	6.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	5	100%	
		6.2	N. soggetti testati /N. soggetti invitati	5	50%	
	Aumento dell'estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	6.3	N. di oggetti invitati / popolazione target	5	100%	
		6.4	N. soggetti testati /N. soggetti invitati	5	60%	
	Aumento dell'estensione dei programmi di screening del colon retto	6.5	N. di oggetti invitati / popolazione target	5	100%	
		6.6	N. soggetti testati /N. soggetti invitati	5	50%	
	Coinvolgimento e collaborazione dei MMG	6.7	N. di MMG coinvolti / N. MMG	5	30%	
Riduzione inviti inesitati	6.8	N.inviti inesitati / N. totale inviti	5	<=3%		
Accordi tra ASP e Aziende Ospedaliere per gestione CUP	6.9	N. accordi con Aziende Ospedaliere / N. Aziende Ospedaliere	5	60%		

	Obiettivi	Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
	Obiettivo n.9 AGENAS:Piano Attuativo Aziendale (PAA): 1.3 Coperture vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive				
	1.3 A Implementazione della copertura vaccinale (D.A.N.28/2015)	N. soggetti vaccinati / popolazione target residente	5	Morbillo Parotite Rosolia 1a dose - 95% Coorte 2014 2a dose - 95% Coorti 2000 e 1998 Varicella 1a dose - 95% Coorte 2014 2a dose - 95% Coorti 2000 e 1998	
7	1.3 B Predisposizione di un programma di comunicazione basato sull'evidenze per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole (D.A.N.28/2015).	Relazione sulle attività svolte	4	SI	
	1.3 C registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale negli anni 2012-2015 (PRP 2014/2018)	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate negli anni 2012 - 2016	2	SI	
	1.3 D Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	. Casi di Morbillo, Rosolia e rosolia Congenita con isolamento virale / N. di casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita notificati	2	>=80%	
	1.3 E Genotipizzazione virale	Individuazione dei focolai di morbillo, rosolia e rosolia congenita mediante l'identificazione del genotipo virale isolato	2	100%	
	1.3 F Notifica delle malattie infettive	N. notifiche di malattie infettive / N. casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche Invasive)	2	70%	
8	Vaccinazioni internazionali	N. di soggetti sottoposti a vaccinazioni internazionali / N. di soggetti che ne fanno richiesta idonei alla vaccinazione	2	100%	
9	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	2	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	2	100%	
		10.2 Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNCaM" (entro il 31 marzo 2017)	2	SI	
		totale peso	100		

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

Dipartimento Prevenzione					
UOC Igiene degli ambienti di vita					
	Obiettivi	Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano Anticorruzione/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano Anticorruzione	20	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza	20	100%	
3	Obiettivo n.9 AGENAS:Piano Attuativo Aziendale (PAA): 1.4 Tutela Ambientale				
	1.4 B - Delibera costituzione "focalpoint" (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)	Invio delibera entro il 31 dicembre 2016	20	SI	
4	Completamento del piano triennale di monitoraggio delle condizioni igieniche degli istituti scolastici 2014-2016	N. istituti scolastici verificati / N. totale di istituti scolastici dell'ambito territoriale di competenza da verificare	10	17% *	
5	Monitoraggio condizioni igieniche nelle carceri	N° Case Circondariali verificate/ n° Case Circondariali	10	100%	
6	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali	N. di pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali	5	100%	
7	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per bonifica amianto	N. di pareri igienico sanitari per bonifica amianto rilasciati entro gg.10 dalla acquisizione della documentazione / N. di richieste di pareri igienico sanitari per bonifica amianto	5	100%	
8	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	N. di pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	5	100%	
9	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per la realizzazione di opere pubbliche	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 / N. di richieste ricevute per pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche	5	100%	
		totale peso	100		

* Nel biennio 2014-2015 sono già stati verificati l'83,32% degli istituti scolastici dell'ambito territoriale di competenza

Dipartimento Prevenzione
UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	2.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Obiettivo n.9 AGENAS:Piano Attuativo Aziendale (PAA):1.2 Sicurezza Alimentare					
	1.2 A Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari 2016 ai sensi del DDG n.324/marzo 2016	3.1	1.2 A Rispetto Flusso Informativo	5	SI	
	Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018					
	Contaminazione Microbiologica degli Alimenti - DDG 138/2015 All.1					
	Ristorazione (pubblica e privata)	4.1	N.campioni prelevati / N. campioni da prelevare	20	100%	
	Allergeni - DDG 1541/2015	4.2	N.campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	100%	
4	Tenore di iodio nel sale arricchito e presenza del sale iodato nella distribuzione - DDG 1591/2015	4.3	N.campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	100%	
		4.4	N. punti vendita o centri cottura ispezionati / N. punti vendita o centri cottura da ispezionare	5	100%	
	Prodotti fitosanitari					
	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	4.5	N. ditte autorizzate ispezionate / N. ditte autorizzate (39)	20	45%	
	Ispezioni presso le aziende agricole	4.6	N. aziende registrate ispezionate / N. aziende registrate	15	0,5% delle 7.770 ditte autorizzate	
	Celiachia					

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
4	Rispetto Flusso Informativo	4.7	Trasmissione flussi informativi entro il 31 marzo 2017	5	SI	
	Formazione OSA	4.8	N. corsi realizzati / N. corsi da realizzare	5	100%	
	Alimenti Destinati ad un'Alimentazione Particolare (ADAP) - DDG 138/2015 All.4	4.9	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	100%	
			totale peso	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito						

Dipartimento Prevenzione					
UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro					
	Obiettivi	Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Obiettivo n.7 AGENAS: Utilizzo fondi Progetti Obiettivi PSN 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013	3.1 Trasmissione di report trimestrali alla UOS Progettazione	5	100%	
		3.2 Rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30 aprile 2017)	5	100%	
4	Obiettivo n.9 AGENAS Piano Attuativo Aziendale (PAA) : 1.5 Prevenzione nei luoghi di lavoro				
	1.5 A - Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole , attività di informazione e formazione con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PPA				
	Cantieri edili	4.1 N. cantieri edili controllati/ N. di notifiche preliminari anno 2015	20	15%	
	Aziende agricole	4.2 Numero di aziende agricole ispezionate / N. di aziende agricole ispezionabili	20	70%	
	Attività di informazione e formazione	4.3 N. di iniziative di informazione e formazione realizzate / N. di iniziative di informazione e formazione da realizzare	10	100%	
	1.5.B -Attuazione direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale				
	Sorveglianza Sanitaria degli ex esposti secondo il protocollo del Coordinamento interregionale e di cui alla L.R. 10/2014, attività di controllo di aziende per rischio agenti cancerogeni, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP.	4.4 N. imprese ispezionate con verifica della sorveglianza sanitaria / N. imprese ispezionate	20	30%	
5	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	5.1 N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF / N. segnalazioni pervenute nel 2015	5	100%	
6	Sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale	6.1 N. richieste epidemiologiche effettuate in casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale / n. denunce, referti, deleghe della AG di casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale pervenute allo SPreSal	5	100%	
		totale peso	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito					

Dipartimento Prevenzione					
UOC Impiantistica ed antinfortunistica					
	Obiettivi	Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Obiettivo n.7 AGENAS: Utilizzo fondi Progetti Obiettivi PSN 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013	3.1 Trasmissione di report trimestrali alla UOS Progettazione	5	100%	
		3.2 Rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30 aprile 2017)	5	100%	
4	Obiettivo n.9 AGENAS Piano Attuativo Aziendale (PAA) 1.5 Prevenzione nei luoghi di lavoro 1.5 C Attuazione delle procedure previste dal D.M. 11/04/2011 di cui all'art.71 flgs 81/08 e al D.A. n.773/12. Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e impianti	4.1 N.apparecchi verificati / n. di richieste di verifica pervenute	20	70%	
		4.2 N. di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti	10	almeno 1	
5	Incremento delle verifiche di apparecchi a pressione effettuate	N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate / N. verifiche apparecchi a pressione richieste x 100	10	≥ 50%	
6	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	6.1 N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste	10	≥ 78%	
		6.2 N. verifiche impianti di terra effettuate / N. verifiche impianti di terra richieste	10	≥ 70	
		6.3 N. verifiche impianti di terra a maggiore complessità effettuate / N. verifiche impianti di terra a maggiore complessità richieste (N.B. Impianti elettrici a maggiore complessità sono impianti con propria cabina di trasformazione MT/BT ed impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione ed incendio)	10	≥ 90%	
		6.4 N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste	10	≥ 70%	
		totale peso	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito					

Dipartimento Prevenzione					
UOC Laboratorio medico di sanità pubblica					
	Obiettivi	Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Obiettivo n.9 AGENAS Piano Attuativo Aziendale (PAA) 1.4 tutela Ambientale					
3	1.4 F Acque di balneazione	Aggiornamento dei profili delle acque di balneazione. Consolidamento delle linee di costa, rideterminazione dei punti di monitoraggio ed acquisizione di tutte le informazioni propedeutiche alla predisposizione del provvedimento regionale di regolamentazione della stagione balneare 2017	15	SI	
Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018					
Contaminazione microbiologica degli Alimenti - DDG138/2015 All.1					
4	Ristorazione (pubblica e privata)	n. campioni analizzati / N. campioni pervenuti	20	100%	
	Alimenti Destinati ad una Alimentazione Particolare (ADAP)	n. campioni prelevati / N. campioni pervenuti	20	100%	
	Tenore di iodio nel sale arricchito e presenza del sale iodato nella distribuzione - DDG1591/2015	n. campioni analizzati / N. campioni pervenuti	20	100%	
5	Tutela dei lavoratori e della collettività dal rischio amianto	N. di campioni analizzati per la ricerca ed identificazione delle fibre di amianto / N. di richieste di analisi (campioni prelevati + campioni pervenuti) per la ricerca e la identificazione delle fibre di amianto	15	100%	
		totale peso	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito					

Dipartimento Prevenzione					
UOC HACCP - RSO					
	Obiettivi	Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Controllo efficienza trattamento aria, microclima, concentrazione particelle nei presidi ospedalieri aziendali (Reparti operatori)	N. Reparti operatori aziendali controllati/n. reparti operatori aziendali	30	100%	
4	Controllo annuale nei presidi ospedalieri aziendali per la ricerca della presenza di Legionella Pneumophila	N. verifiche di tipo analitico sui presidi ospedalieri aziendali / N. presidi ospedalieri aziendali	30	100%	
5	Controllo annuale di tutte le strutture aziendali per HACCP	N. strutture aziendali verificate per HACCP / N. strutture aziendali pertinenti per HACCP	30	100%	
		TOTALE PESO	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito					

Dipartimento Prevenzione Veterinario						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Controlli allevamenti per TBC bovina, brucellosi ovi-caprina, bovina e bufalina	1.1	N. aziende bovine controllate/N. aziende bovine controllabili	10	100%	
2	Controllo di aziende per l'anagrafe ovi-caprina	2.1	N. aziende ovi-caprine controllate/N. aziende ovi-caprine controllabili	10	3%	
3	Ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	3.1	N° campioni analizzati/N° campioni programmati	10	100%	
4	Campionamento negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	4.1	N° campioni analizzati/N° campioni programmati	10	100%	
5	Avvio attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, etc	5.1	N° eventi formativi realizzati nel 2016	5	almeno 30 eventi	
6	Rispetto dei tempi di controllo e di ricontrollo delle aziende bovine e ovicaprine affette da brucellosi o tubercolosi	6.1	N. medio di giorni che intercorre fra un controllo e il successivo in presenza di focolaio: Brucellosi ≤ 30 giorni (<i>secondo indicazioni regionali</i>) Tubercolosi ≤ 65 giorni (<i>secondo indicazioni regionali</i>)	10	SI (report)	
7	Prevenzione e controllo delle zoonosi derivate dal consumo di alimenti	7.1	Numero controlli effettuati nell'anno 2016 / N. di segnalazioni di controllo ricevute nell'anno 2016	10	100%	
8	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	8.1	Completezza e tempestività dei flussi informativi ministeriali per l'alimentazione del sistema informativo SANAN	5	S I - report dei flussi inviati	
9	Controllo e monitoraggio degli allevamenti suini per malattia vescicolare. Mantenimento standard (valido per accreditamento)	9.1	N°. di allevamenti controllati secondo il protocollo previsto / N°. di allevamenti controllati nel territorio di competenza	10	100%	

Dipartimento Prevenzione Veterinario						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
10	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	10.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
11	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	11.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
12	Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) (n.prot. 1006/DAU 2016)	12.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi ai PAC / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi ai PAC	5	100%	
13	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	13.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016 / Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	5	≤ 1	
			totale peso	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito						

Dipartimento della Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo Agenas 9: PAA Prevenzione delle ricadute sintomatologiche e dei ricoveri ripetuti nel tempo nei pazienti in terapia long acting, nelle strutture territoriali della provincia di Palermo. Riduzione drop out	1.1	Definizione di un proptocollo di misure proattive da adottare per i pz. In L.A. censiti al 30 giugno 2016 ed elaborazione di una relativa scheda di monitoraggio	10	SI	
		1.2	N. di pz. Censiti al 30 giugno 2016 ancora in trattamento al 31 dicembre / N. di pz. Censiti al 30 giugno 2016	10	>= 90%	
2	Gestione dei flussi informativi relativi alla Salute Mentale	2.1	Trasmissione e completezza del flusso SISM nei tempi previsti secondo le normative vigenti	10	SI	
3	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	3.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	4.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
5	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	5.1	Importo consumi rilevato nel consuntivo di macrostruttura anno 2016 / budget assegnato come da apposita scheda	5	≤ 1	
6	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. Rappresentate nel Dipartimento		Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento			
		6.1	UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	5	100%	
		6.2	UOC Dipendenze Patologiche	5		
		6.3	UOC - MODULO 1	5		
		6.4	UOC - MODULO 2	5		
		6.5	UOC - MODULO 3	5		
		6.6	UOC - MODULO 4	5		
		6.7	UOC - MODULO 5	5		
		6.8	UOC - MODULO 6	5		
		6.9	UOC - MODULO 7	5		
		6.10	UOC - MODULO 8	5		
		6.11	UOC - MODULO 9	5		
TOTALE PESO				100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito						

Dipartimento della Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza						
UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	1.1	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi	15	≥ 90%	
2	Monitoraggio sul tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze e dei dati sulle variabili stipendiali con invio secondo i tempi e le modalità previsti dalle disposizioni aziendali in materia	2.1	Num. invii mensili effettuati nei tempi previsti /Num. invii mensili da trasmettere alle Risorse Umane	15	≤ 1	
3	Revisione del percorso valutativo	3.1	Relazione di revisione del percorso	15	SI	
4	Riduzione dei tempi di attesa dalla trasmissione del decreto da parte della direzione uoc di npia alla uos territorialmente competente alla valutazione	4.1	N. casi Inviati nell'anno 2016 entro 30 giorni/N. totale di casi inviati dal Tribunale dei Minori all'UOC anno 2016	15	> 70%	
5	Monitoraggio del protocollo d'intesa interistituzionale	5.1	N. di casi di abuso e maltrattamento segnalati nell'anno 2016/N. di casi di abuso e maltrattamento segnalati nell'anno 2016 secondo protocollo	15	> 50%	
6	Revisione della procedura aziendale sulla presa in carico dei minori vittime di abuso e/o maltrattamento e le loro famiglie	6.1	Approvazione e registrazione della revisione della procedura aziendale	15	SI	
7	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	7.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti	5	100%	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	8.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti	5	100%	
			TOTALE PESO	100		

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

Dipartimento della Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza						
UOC Dipendenze Patologiche						
	Obiettivi	Indicatori		PESO	V.A. 2016	V.A. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi		20	≥ 90%	
2	Individuazione pazienti con comorbidità psichiatrica presso i SerT	2.1	N° pz. con comorbidità psichiatrica presi in carico /N° pz. in carico	20	100%	
		2.2	N° pz. con comorbidità infettiva /N° pz. i in carico	20	90%	
3	Incremento della presa in carico dei soggetti con "gioco d'azzardo problematico"	N° pz. con GAP in carico		10	≥ 15% (rispetto l'anno 2015)	
4	Gestione della piattaforma informativa (MFP) relativamente alle Dipendenze Patologiche	Trasmissione e completezza del flusso SIRD nei tempi previsti secondo le normative vigenti		10	SI	
5	Miglioramento qualità del Flusso Sind	Riduzione % codice sostanze d'uso 99		10	< 10%	
6	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti		5	100%	
7	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti		5	100%	
		TOTALE PESO		100		

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

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

MODULO DIPARTIMENTALE 1

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.A. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	1.1	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi	15	≥ 90%	
2	Individuazione "Utenti complessi con disturbi mentali gravi ed alti utilizzatori di risorse"	2.1	N° utenti complessi individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
3	Individuazione pazienti con debole presa in carico in ogni CSM secondo i criteri di inclusione individuati	3.1	N° utenti con debole presa in carico individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi da spdc con primo episodio psicotico/n. paz con primo episodio psicotico presi in carico entro i primi 7 gg lavorativi	15	≥ 90%	
5	Gestione dei flussi informativi relativi alla Piattaforma PSM	5.1	Correttezza e completezza del flusso SISM nei tempi e nelle modalità previste	15	SI	
6	Qualità dei flussi	6.1	Monitoraggio dei pz in carico senza prestazioni negli ultimi 180 gg al 31/12/2016	15	<1%	
7	Monitoraggio sul tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze e dei dati sulle variabili stipendiali con invio secondo i tempi e le modalità previsti dalle disposizioni aziendali in materia	7.1	Num. invii mensili effettuati nei tempi previsti /Num. invii mensili da trasmettere alle Risorse Umane	10	≤ 1	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		
<p>* 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</p>						

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

MODULO DIPARTIMENTALE 2

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	1.1	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi	15	≥ 90%	
2	Individuazione "Utenti complessi con disturbi mentali gravi ed alti utilizzatori di risorse"	2.1	N° utenti complessi individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
3	Individuazione pazienti con debole presa in carico in ogni CSM secondo i criteri di inclusione individuati	3.1	N° utenti con debole presa in carico individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi da spdc con primo episodio psicotico/n. paz con primo episodio psicotico presi in carico entro i primi 7 gg lavorativi	15	≥ 90%	
5	Gestione dei flussi informativi relativi alla Piattaforma PSM	5.1	Correttezza e completezza del flusso SISM nei tempi e nelle modalità previste	15	SI	
6	Qualità dei flussi	6.1	Monitoraggio dei pz in carico senza prestazioni negli ultimi 180 gg al 31/12/2016	15	<1%	
7	Monitoraggio sul tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze e dei dati sulle variabili stipendiali con invio secondo i tempi e le modalità previsti dalle disposizioni aziendali in materia	7.1	Num. invii mensili effettuati nei tempi previsti /Num. invii mensili da trasmettere alle Risorse Umane	10	≤ 1	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

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

MODULO DIPARTIMENTALE 3

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	1.1	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi	15	≥ 90%	
2	Individuazione "Utenti complessi con disturbi mentali gravi ed alti utilizzatori di risorse"	2.1	N° utenti complessi individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
3	Individuazione pazienti con debole presa in carico in ogni CSM secondo i criteri di inclusione individuati	3.1	N° utenti con debole presa in carico individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi da spdc con primo episodio psicotico/n. paz con primo episodio psicotico presi in carico entro i primi 7 gg lavorativi	15	≥ 90%	
5	Gestione dei flussi informativi relativi alla Piattaforma PSM	5.1	Correttezza e completezza del flusso SISM nei tempi e nelle modalità previste	15	SI	
6	Qualità dei flussi	6.1	Monitoraggio dei pz in carico senza prestazioni negli ultimi 180 gg al 31/12/2016	15	<1%	
7	Monitoraggio sul tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze e dei dati sulle variabili stipendiali con invio secondo i tempi e le modalità previsti dalle disposizioni aziendali in materia	7.1	Num. invii mensili effettuati nei tempi previsti /Num. invii mensili da trasmettere alle Risorse Umane	10	≤ 1	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

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

MODULO DIPARTIMENTALE 4

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	1.1	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi	15	≥ 90%	
2	Individuazione "Utenti complessi con disturbi mentali gravi ed alti utilizzatori di risorse"	2.1	N° utenti complessi individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
3	Individuazione pazienti con debole presa in carico in ogni CSM secondo i criteri di inclusione individuati	3.1	N° utenti con debole presa in carico individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi da spdc con primo episodio psicotico/n. paz con primo episodio psicotico presi in carico entro i primi 7 gg lavorativi	15	≥ 90%	
5	Gestione dei flussi informativi relativi alla Piattaforma PSM	5.1	Correttezza e completezza del flusso SISM nei tempi e nelle modalità previste	15	SI	
6	Qualità dei flussi	6.1	Monitoraggio dei pz in carico senza prestazioni negli ultimi 180 gg al 31/12/2016	15	<1%	
7	Monitoraggio sul tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze e dei dati sulle variabili stipendiali con invio secondo i tempi e le modalità previsti dalle disposizioni aziendali in materia	7.1	Num. invii mensili effettuati nei tempi previsti /Num. invii mensili da trasmettere alle Risorse Umane	10	≤ 1	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

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

MODULO DIPARTIMENTALE 5

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	1.1	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi	15	≥ 90%	
2	Individuazione "Utenti complessi con disturbi mentali gravi ed alti utilizzatori di risorse"	2.1	N° utenti complessi individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
3	Individuazione pazienti con debole presa in carico in ogni CSM secondo i criteri di inclusione individuati	3.1	N° utenti con debole presa in carico individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi da spdc con primo episodio psicotico/n. paz con primo episodio psicotico presi in carico entro i primi 7 gg lavorativi	15	≥ 90%	
5	Gestione dei flussi informativi relativi alla Piattaforma PSM	5.1	Correttezza e completezza del flusso SISM nei tempi e nelle modalità previste	15	SI	
6	Qualità dei flussi	6.1	Monitoraggio dei pz in carico senza prestazioni negli ultimi 180 gg al 31/12/2016	15	<1%	
7	Monitoraggio sul tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze e dei dati sulle variabili stipendiali con invio secondo i tempi e le modalità previsti dalle disposizioni aziendali in materia	7.1	Num. invii mensili effettuati nei tempi previsti /Num. invii mensili da trasmettere alle Risorse Umane	10	≤ 1	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

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

MODULO DIPARTIMENTALE 6

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	1.1	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi	15	≥ 90%	
2	Individuazione "Utenti complessi con disturbi mentali gravi ed alti utilizzatori di risorse"	2.1	N° utenti complessi individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
3	Individuazione pazienti con debole presa in carico in ogni CSM secondo i criteri di inclusione individuati	3.1	N° utenti con debole presa in carico individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi da spdc con primo episodio psicotico/n. paz con primo episodio psicotico presi in carico entro i primi 7 gg lavorativi	15	≥ 90%	
5	Gestione dei flussi informativi relativi alla Piattaforma PSM	5.1	Correttezza e completezza del flusso SISM nei tempi e nelle modalità previste	15	SI	
6	Qualità dei flussi	6.1	Monitoraggio dei pz in carico senza prestazioni negli ultimi 180 gg al 31/12/2016	15	<1%	
7	Monitoraggio sul tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze e dei dati sulle variabili stipendiali con invio secondo i tempi e le modalità previsti dalle disposizioni aziendali in materia	7.1	Num. invii mensili effettuati nei tempi previsti /Num. invii mensili da trasmettere alle Risorse Umane	10	≤ 1	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

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

MODULO DIPARTIMENTALE 7

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	1.1	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi	15	≥ 90%	
2	Individuazione "Utenti complessi con disturbi mentali gravi ed alti utilizzatori di risorse"	2.1	N° utenti complessi individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
3	Individuazione pazienti con debole presa in carico in ogni CSM secondo i criteri di inclusione individuati	3.1	N° utenti con debole presa in carico individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi da spdc con primo episodio psicotico/n. paz con primo episodio psicotico presi in carico entro i primi 7 gg lavorativi	15	≥ 90%	
5	Gestione dei flussi informativi relativi alla Piattaforma PSM	5.1	Correttezza e completezza del flusso SISM nei tempi e nelle modalità previste	15	SI	
6	Qualità dei flussi	6.1	Monitoraggio dei pz in carico senza prestazioni negli ultimi 180 gg al 31/12/2016	15	<1%	
7	Monitoraggio sul tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze e dei dati sulle variabili stipendiali con invio secondo i tempi e le modalità previsti dalle disposizioni aziendali in materia	7.1	Num. invii mensili effettuati nei tempi previsti /Num. invii mensili da trasmettere alle Risorse Umane	10	≤ 1	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

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

MODULO DIPARTIMENTALE 8

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	1.1	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi	15	≥ 90%	
2	Individuazione "Utenti complessi con disturbi mentali gravi ed alti utilizzatori di risorse"	2.1	N° utenti complessi individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
3	Individuazione pazienti con debole presa in carico in ogni CSM secondo i criteri di inclusione individuati	3.1	N° utenti con debole presa in carico individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi da spdc con primo episodio psicotico/n. paz con primo episodio psicotico presi in carico entro i primi 7 gg lavorativi	15	≥ 90%	
5	Gestione dei flussi informativi relativi alla Piattaforma PSM	5.1	Correttezza e completezza del flusso SISM nei tempi e nelle modalità previste	15	SI	
6	Qualità dei flussi	6.1	Monitoraggio dei pz in carico senza prestazioni negli ultimi 180 gg al 31/12/2016	15	<1%	
7	Monitoraggio sul tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze e dei dati sulle variabili stipendiali con invio secondo i tempi e le modalità previsti dalle disposizioni aziendali in materia	7.1	Num. invii mensili effettuati nei tempi previsti /Num. invii mensili da trasmettere alle Risorse Umane	10	≤ 1	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

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

MODULO DIPARTIMENTALE 9

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Monitoraggio sulla ricezione/diffusione delle direttive, circolari, disposizioni e regolamenti a valenza dipartimentale/aziendale	1.1	N. liste di distribuzione compilate e restituite /N. di documenti trasmessi	15	≥ 90%	
2	Individuazione "Utenti complessi con disturbi mentali gravi ed alti utilizzatori di risorse"	2.1	N° utenti complessi individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
3	Individuazione pazienti con debole presa in carico in ogni CSM secondo i criteri di inclusione individuati	3.1	N° utenti con debole presa in carico individuati /N° pz. in carico	10	elenco	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi da spdc con primo episodio psicotico/n. paz con primo episodio psicotico presi in carico entro i primi 7 gg lavorativi	15	≥ 90%	
5	Gestione dei flussi informativi relativi alla Piattaforma PSM	5.1	Correttezza e completezza del flusso SISM nei tempi e nelle modalità previste	15	SI	
6	Qualità dei flussi	6.1	Monitoraggio dei pz in carico senza prestazioni negli ultimi 180 gg al 31/12/2016	15	<1%	
7	Monitoraggio sul tempestivo aggiornamento dei dati relativi al sistema informatizzato di rilevazione delle presenze e dei dati sulle vaariabili stipendiali con invio secondo i tempi e le modalità previsti dalle disposizioni aziendali in materia	7.1	Num. invii mensili effettuati nei tempi previsti /Num. invii mensili da trasmettere alle Risorse Umane	10	≤ 1	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DIPARTIMENTO SALUTE DONNA E BAMBINO						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 1: Screening oncologici	1.1	Monitoraggio e realizzazione degli interventi correttivi per il raggiungimento dell'obiettivo (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	5	Si (Allegare Report)	
2	Obiettivo AGENAS 2: SubOb2.2 Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	2.1	Monitoraggio e realizzazione degli interventi correttivi per il raggiungimento dell'obiettivo (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	5	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS 4: garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	3.1	Elaborazione e diffusione entro il 30 settembre 2016 alle UU.OO. dipartimentali dei protocolli previsti dalla check list dell'Assessorato della salute: - Protocollo specifico per garantire terapia subintensiva alla gravida e alla puerpera in attesa di trasferimento - Protocollo per trasferimento gravida in U.O. di 2° livello in situazioni non di emergenza	10	Si (allegare documenti)	
		3.2	Numero requisiti garantiti di pertinenza del Dipartimento per ogni punto nascita / Totale requisiti previsti dalla Checklist	10	100% (allegare report e relazione per ogni punto nascita)	
4	Obiettivo AGENAS 4: garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	4.1	Monitoraggio secondo calendario incontri Agenas e realizzazione degli interventi correttivi finalizzati al raggiungimento dei valori obiettivi relativi a: Nei PN senza (TIN): -Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) -Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS) Nei PN (con TIN): - Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio - Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730): Numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN. (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	5	Si (Allegare Report)	
5	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	5.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento - Territorio: UOC Salute Donna e Bambino Territoriale	5	100%	
		5.2	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle seguenti UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento - Ospedali:	5	100%	
		5.3	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	5	100%	
		5.4	UOC Pediatria - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	5	100%	
		5.5	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	5	100%	
		5.6	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	5	100%	
		5.7	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G. Ingrassia-Palermo - DO PA3	5	100%	
		5.8	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	5	100%	
6	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	6.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	5	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori eccetto 8.1 e 9.1	
7	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica	7.1	Predisposizione di un documento per riduzione del tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica dei residenti nel territorio dell'ASP di Palermo, di concerto con il Direttore dell'UOC Programmazione e organizzazione delle attività Cure Primarie	5	Si (Allegare Documento)	
		7.2	Predisposizione di un documento con i criteri di appropriatezza per il ricovero dei pazienti con gastroenterite pediatrica di concerto con i Direttori delle UU.OO. di medicina interna	5	Si (Allegare Documento)	
8	Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	8.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
totale peso				100		

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

D.O. 1 - U.O.C. GINECOLOGIA ED OSTETRICIA P.O. Civico di Partinico

	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	10	Si (Allegare Report)	
2	Obiettivo AGENAS SubOb2.2 Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	2.1	N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	≤ 20% [per valori compresi tra 28% e 20% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è superiore o uguale al valore di partenza (28%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
3	Obiettivo AGENAS 4: garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	3.1	Realizzazione di autovalutazione secondo Checklist con inserimento dei dati sulla piattaforma qualitasiciliaassr	10	Si (Allegare Report)	
4	Obiettivo AGENAS 4 : Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	4.1	a) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) b) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	10	a) 0 b) <8%	
5	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	5.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare Report)	
6	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	6.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	5	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
7	Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita	7.1	N. incontri multidisciplinari fra neonatologi/pediatri e ginecologi su temi di comune interesse come previsto dalla Checklist	10	≥ 1 / trimestre (per ogni incontro riportare data e partecipanti)	
8	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	8.1	N. carte di osservazione NEWS compilate per pz GINECOLOGICHE / N.carte di osservazione NEWS da compilare per pz GINECOLOGICHE secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	5	Rilevazione	
9	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	9.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare Report)	
10	Formazione dei professionisti	10.1	N.° Medici Ginecologi e n.° Ostetrici partecipanti ai corsi di formazione relativi ai privilege organizzati dall'Assessorato alla Salute-CEFPAS / N.° Medici Ginecologi e n.° Ostetrici individuati per la partecipazione da CEFPAS	10	100 % (Inviare via Mail all'indirizzo di posta elettronica uoqualita@asppalermo.org entro il 30 Novembre 2016)	
			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

D.O. 1 - U.O.C. PEDIATRIA P.O. Civico di Partinico						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	30	Si (Allegare Report)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	30	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	3.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	15	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
4	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	4.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	25	Si (Allegare Report)	
				totale PESO	100	

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

D.O. 2 - U.O.C. GINECOLOGIA ED OSTETRICIA P.O. Termini Imerese						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	10	Si (Allegare report)	
2	Obiettivo AGENAS SubOb2.2 Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	2.1	N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	15	≤ 20% [per valori compresi tra 28% e 20% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è superiore o uguale al valore di partenza (28%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
3	Obiettivo AGENAS 4: garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	3.1	Realizzazione di autovalutazione secondo Checklist con inserimento dei dati sulla piattaforma qualitasiciliaassr	10	Si (Allegare report)	
4	Obiettivo AGENAS 4 : Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	4.1	a) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) b) Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	10	a) 0 b) <8%	
5	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	5.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare Report)	
6	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	6.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso sarà distribuito fra gli altri indicatori	
7	Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita	7.1	N. incontri multidisciplinari fra neonatologi/pediatrati e ginecologi su temi di comune interesse	10	≥ 1/trimestre (per ogni incontro riportare data e partecipanti)	
8	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	8.1	N. carte di osservazione NEWS compilate per pz GINECOLOGICHE / N.carte di osservazione NEWS da compilare per pz GINECOLOGICHE secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Rilevazione	
9	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	9.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	5	Si (Allegare report)	
10	Formazione dei professionisti	10.1	N.° Medici Ginecologi e n.° Ostetrici partecipanti ai corsi di formazione relativi ai privilege organizzati dall'Assessorato alla Salute-CEFPAS / N.° Medici Ginecologi e n.° Ostetrici individuati per la partecipazione da CEFPAS	10	100 % (Inviare via Mail all'indirizzo di posta elettronica uoqualita@asppalermo.org entro il 30 Novembre 2016)	
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

D.O. 2 - U.O.C. PEDIATRIA P.O. Termini Imerese						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	25	Si (Allegare report)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	25	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	3.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	25	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso sarà distribuito fra gli altri indicatori	
4	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	4.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	25	Si (Allegare report)	
			totale PESO	100		

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

D.O. 3 - U.O.C. Ginecologia e Ostetricia P.O. INGRASSIA di Palermo						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	10	Si (Allegare report)	
2	Obiettivo AGENAS SubOb2.2 Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	2.1	N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	15	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS 4: garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	3.1	Realizzazione di autovalutazione secondo Checklist con inserimento dei dati sulla piattaforma qualitasiciliassr	15	Si (Allegare Report)	
4	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare Report)	
5	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	5.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
6	Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita	6,1	N. incontri multidisciplinari fra neonatologi/pediatrati e ginecologi su temi di comune interesse	10	>= 1/trimestre (per ogni incontro riportare data e partecipanti)	
7	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	7.1	N. carte di osservazione NEWS compilate per pz GINECOLOGICHE / N. carte di osservazione NEWS da compilare per pz GINECOLOGICHE secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Rilevazione	
8	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	8.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare Report)	
9	Formazione dei professionisti	9.1	N.° Medici Ginecologi e n.° Ostetrici partecipanti ai corsi di formazione relativi ai privilegi organizzati dall'Assessorato alla Salute-CEFPAS / N.° Medici Ginecologi e n.° Ostetrici individuati per la partecipazione da CEFPAS	10	100% (Inviare via Mail all'indirizzo di posta elettronica uoqualita@asppalermo.org entro il 30 Novembre 2016)	
			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

D.O. 3 - U.O.C. UTIN P.O. INRASSIA di Palermo						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Usò Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	Si (Allegare report)	
2	Applicazione Decreto GURS n.24 del 21 maggio 2010	2.1	Comunicazione disponibilità dei Posti Letto attivi per UTIN (Decreto Assessoriale 30 aprile 2010-S.O. GURS n.24 del 21 maggio 2010 e), inviata a mezzo fax alla Centrale Operativa del 118, Pronto Soccorso di Presidio e Direzione Sanitaria nei seguenti orari: - ore 08, 00 - ore 14, 00 - ore 20, 00 - ore 03, 00	15	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS 4: garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	3.1	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali: -Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	15	Si (Allegare Report)	
4	Obiettivo AGENAS 4: garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	4.1	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali: -Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730): Numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN. (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	15	Si (Allegare Report)	
5	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	5.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare Report)	
6	Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita	6,1	N. incontri multidisciplinari fra neonatologi/pediatrati e ginecologi su temi di comune interesse	15	>= 1/trimestre (per ogni incontro riportare data e partecipanti)	
7	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	7.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare Report)	
				totale PESO	100	

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

**UOC Salute della donna e del bambino
Area territoriale**

	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016	
1	Obiettivo AGENAS 1: Screening oncologici	1.1	Miglioramento dell'offerta dello Screening secondo i valori attesi dell'obiettivo	10	>= 2015 Allegare Report		
		1.2	N. donne con effettuazione di pap test per screening cervicocarcinoma / N. donne invitate e presentatesi per l'effettuazione dello screening cervicocarcinoma	15	>= 95%		
2	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA					
		2.1	Monitoraggio n. gravide seguite presso i CCFF / n. totale parti provincia	15	15%		
		2.2	Monitoraggio gravide a rischio avviate presso i punti nascita	10	SI Allegare report		
3	Applicazione percorso nascita	Monitoraggio procedura aziendale 28/8/2014 "percorso nascita ASP Palermo": procedure per l'esecuzione ecografie ostetriche previste dal D.M. 10/09/98 nelle gravidanze seguite presso i CCFF					
		3.1	n. sedi di erogazioni eco ostetriche 1 liv. Inviati dati di attività alla uoc territoriale / n. sedi di erogazione ecografie	15	4/7 strutture		
		3.2	n. gravide seguite nei CCFF che effettua ecografia 2 trimestre / n. gravide seguite nei CCFF	10	70%		
4	Area Psicologica e sociale Rilevazione violenza di genere	Revisione strumenti per la rilevazione dei fattori di rischio violenza di genere					
		4.1	Schede e questionario per la rilevazione dei fattori di rischio psicologici	15	SI Allegare report		
		4.2	Schede e questionario per la rilevazione dei fattori di rischio sociale	10	SI Allegare report		
			totale peso	100			

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

Dipartimento di Medicina Riabilitativa						
UOC Coordinamento Assistenza Riabilitativa ambulatoriale e domiciliare (CARAD)						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Verifica dell'applicazione della direttiva aziendale "Autorizzazione dispositivi "riconducibili" ,ex art.1, c.5 DM 332/99" - prot.n. 3418/DMR del 7/3/2014	1.1	N. istanze di autorizzazione di dispositivi riconducibili trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC CARAD per l'inserimento e codifica nel sistema informatico aziendale per le quali è stato effettuato il controllo preventivo sulla corretta applicazione della direttiva / N. istanze di autorizzazione di dispositivi riconducibili trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC CARAD per l'inserimento e codifica nel sistema informatico aziendale.	45	>= 80%	
2	Effettuazione dei controlli di appropriatezza sulla gestione dei pazienti minori in carico per progetti riabilitativi ai centri di Riabilitazione ex art. 26	2.1	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	45	>= 50%	
3	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano Anticorruzione	3.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano Anticorruzione / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano Anticorruzione	5	100%	
4	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	4.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti al Piano sulla Trasparenza	5	100%	
totale PESO				100		

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

Dipartimento di Medicina Riabilitativa						
D.O. 3 - U.O.C. Medicina fisica e riabilitazione - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	1.1	Proposta di percorso riabilitativo al gruppo di lavoro aziendale per l'elaborazione di un documento relativo all'applicazione del Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	45	Si (Allegare report)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	45	Si (Allegare Report)	
3	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	3.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	4.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
totale PESO				100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito						

Dipartimento di Medicina Riabilitativa						
D.O. 3 - U.O.C. Recupero e riabilitazione funzionale - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi nel 3° trimestre 2016 relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	30	Si (Allegare report)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	30	Si (Allegare Report)	
3	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	3.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	30	Si (Allegare Report)	
4	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	4.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
5	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	5.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
totale PESO				100		

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

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO						
	Obiettivo specifico		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	OBIETTIVO AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	1.1	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	15	Si (Allegare documenti della realizzazione secondo indirizzi ed indicazioni aziendali e regionali)	
2	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale	2.1	Partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA "Area 2 qualità Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti" elaborato dall'Assessorato alla Salute :Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza: a) Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza b) Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale c) AntimicrobialStewardship d) Realizzazione di una campagna di comunicazione basata sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	20	Si (Inviare report alla U.O. Qualità e alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
3	Obiettivi Contrattuali Generali: Contenimento della spesa	3.1	BENI e SERVIZI: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia. RISPETTO TETTI DI SPESA che discendono da interventi normativi specifici, nazionali e/o regionali e/o da disposizioni assessoriali ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE E OSPEDALIERA: rispetto delle risorse negoziate annualmente in ciascuno dei tre anni del mandato	15	Si (Allegare Reports)	
4	Obiettivi Contrattuali Generali: Rispetto della direttiva relativa ai flussi informativi	4.1	N. flussi informativi di competenza trasmessi secondo direttiva / N. flussi informativi di competenza	15	100%	
5	Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	5.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
6	Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
7	Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) (n.prot.1006/DAU 2016)	7.1	N° adempimenti relativi ai PAC posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti relativi ai PAC da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
8	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. Dipartimentali	8.1	Grado di raggiungimento degli OBIETTIVI dalla UOC Farmacie	5	100%	
		8.2	Grado di raggiungimento degli OBIETTIVI dalla UOC Farmaci e Farmacoepidemiologia	5	100%	
		8.3	Grado di raggiungimento degli OBIETTIVI dalla UOC Distretto Ospedaliero PA1	5	100%	
		8.4	Grado di raggiungimento degli OBIETTIVI dalla UOC Distretto Ospedaliero PA2	5	100%	
			totale peso	100		

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

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

U.O.C. FARMACIE

	Obiettivo specifico	Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 2: ESITI SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa (Farmacia PO. Ingrassia DO3)	1.1 N° ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N° totale comunicazioni d'impianto	25	100%	
		1.2 N° richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N° totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	25	100%	
2	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale	2.1 Partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA "Area 2 qualità Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti " elaborato dall'Assessorato alla Salute	25	Si	
3	Obiettivi Contrattuali Generali: Contenimento della spesa Percentuale consegna primo ciclo terapeutico (Farmacia PO. Ingrassia DO3)	0 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	25	>= 80% (2° semestre 2016)	
		totale peso	100		

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

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO						
U.O.C. FARMACI E FARMACOEPIDEMIOLOGIA						
	Obiettivo specifico		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale	1.1	Partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA “Area 2 qualità Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti” elaborato dall'Assessorato alla Salute	30	Si	
2	Obiettivi Contrattuali Generali: Contenimento della spesa convenzionata per sette categorie di farmaci secondo Decreto Assessoriale 552/2016 ed eventuali successive modifiche	2.1	Rilievo degli scostamenti registrati presso ciascun Distretto e PTA dal panel di indicatori di appropriatezza regionali e nazionali delle singole categorie di farmaci secondo D.A. 552/2016 e diffusione a Distretti e PTA e a UOC Programmazione e Organizzazione attività di Cure Primarie	35	Si (12 Reports mensili e 4 reports trimestrali)	
3	Monitoraggio delle prescrizioni mediante lettura ottica	3.1	Controllo mediante sistema di lettura ottica delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate nel 2016	35	Si (Allegare Report)	
			totale peso	100		

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO						
U.O.C. Distretto farmaceutico PA1						
	Obiettivo specifico		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 2: ESITI SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	1.1	N° ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N° totale comunicazioni d'impianto	25	100%	
		1.2	N° richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N° totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	25	100%	
2	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale	2.1	Partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA "Area 2 qualità Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti " elaborato dall'Assessorato alla Salute	25	Si	
3	Obiettivi Contrattuali Generali: Contenimento della spesa Percentuale consegna primo ciclo terapeutico	3.1	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	25	>= 80% (2° semestre 2016)	
			totale peso	100		

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

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO						
U.O.C. Distretto farmaceutico PA2						
	Obiettivo specifico		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 2: ESITI SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	1.1	N° ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N° totale comunicazioni d'impianto	25	100%	
		1.2	N° richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N° totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	25	100%	
2	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale	2.1	Partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA "Area 2 qualità Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti" elaborato dall'Assessorato alla Salute	25	Si	
3	Obiettivi Contrattuali Generali: Contenimento della spesa Percentuale consegna primo ciclo terapeutico	3.1	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	25	>= 80% (2° semestre 2016)	
			totale peso	100		

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

Dipartimento Diagnostica di Laboratorio						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo Agenas 3.2 Valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino	1.1	Supporto all'elaborazione e realizzazione dei piani di miglioramento per gli item assegnati secondo competenze	10	SI (allegare report)	
2	Monitoraggio fasi per l' Autorizzazione e Accreditamento delle Strutture Trasfusioanli e UDR Associate	2.1	Evidenza oggettiva attestante le verifiche ispettive effettuate dal Team di valutazione.	10	SI (allegare documenti)	
3	Riscontrare la realizzazione di eventuali azioni correttive richieste a seguito delle Verifiche ispettive effettuate dai Team di valutazione.	3.1	Trasmissione della notifica delle Azioni Correttive apportate a seguito delle non conformità rilevate entro i tempi stabiliti	10	SI (allegare documenti)	
4	Fase finale dell'accREDITamento	4.1	Pubblicazione decreto Accrediatamento come previsto dal D.A 384 dell'11 marzo 2014	10	SI (allegare documenti)	
5	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	5.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
6	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
7	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	7.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Patologia Clinica - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	10	100%	
8		7.2	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Patologia Clinica - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	10	100%	
9		7.3	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Patologia Clinica - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	10	100%	
10		7.4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Anatomia Patologica - DO PA3	10	100%	
11		7.5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC SIMT - P.O. Nuovo Giglio di Cefalù	10	100%	
			totale peso	100		

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

Dipartimento Diagnostica di Laboratorio						
UU.OO.CC. Ospedaliere di Diagnostica di Laboratorio						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	PDTA in P.S. del paziente con dolore toracico: rule in del paziente con dosaggio Tn-Hs a tre ore	1.1	N. pazienti con Tn- Hs positiva a 3 ore / N.totale dosaggi Tn - Hs	35	>90%	
2	PDTA Scopenso cardiaco : correlazione diagnostica con valori BNP significativi	2.1	N. pazienti con BNP positivo/ N.totale di richieste con diagnosi di scopenso cardiaco e dosaggio BNP	35	>=50%	
3	Sicurezza paziente	3.1	N. Valori critici comunicati telefonicamente secondo modalità "Lettura ripetizione, conferma" alle UU.OO. Del P.O. richiedente / n. valori critici rilevati	30	100%	
			TOTALE PESO	100		

Dipartimento Diagnostica di Laboratorio						
UOC Anatomia Patologica						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Passaggio ai test HPV - DNA Punto 1.4.5.1 Piano della Prevenzione	1.1	N. HPV test in triage in ASCUS / N. totale triage ASCUS inviati	50	> 90%	
		1.2	N. L/H - SIL positivi / N. pazienti con ASCUS HPV positivi	50	> 60%	
			totale peso	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito						

Dipartimento Diagnostica di Laboratorio						
UOC Servizio Medicina Trasfusionale						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Appropriatezza trasfusionale nei pazienti con patologie croniche senza scompenso cardiocircolatorio	1.1	N. richieste concentrati eritrocitari per valori di emoglobina < a 8gr/dl / N. totale delle richieste concentrati eritrocitari	50	70 %	
2	Valutazione del rischio trasfusionale : monitoraggio dati SISTRA	2.1	N. eventi avversi, effetti indesiderati / N. totale delle trasfusioni di emocomponenti	50	< 5%	
			totale peso	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito						

Dipartimento Diagnostica per Immagini						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo Agenas 3.2 Valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino	1.1	Elaborazione e realizzazione dei piani di miglioramento e/o supporto per gli item assegnati secondo competenze	15	SI (allegare report)	
2	Estensione dei programmi di screening del carcinoma della mammella rispetto a utenti invitati e utenti testati	2.1	N. di utenti con effettuazione e refertazione entro 30 gg di mammografia per screening ca mammella/ N. utenti invitati e presentatisi per l'effettuazione di screening ca mammella	15	≥90%	
3	Assicurazione delle prestazioni di Risonanza magnetica nei tempi previsti secondo priorità di richiesta	3.1	N. prestazioni di di Risonanza magnetica per utenti esterni erogate nel rispetto delle classi di priorità D e P delle richieste/N. prestazioni di Risonanza magnetica per utenti esterni con classe di priorità di richiesta D e P	15	≥ 90% (verifica su almeno il 10% delle prestazioni del 2° semestre 2016)	
4	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	4.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
5	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	5.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
6	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	6.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Radiodiagnostica + TAC - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	15	100%	
7		7.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Radiodiagnostica + TAC - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	15	100%	
8		8.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento UOC Radiodiagnostica + TAC ed RMN - P.O. Ingrassia di Palermo - DO PA3	15	100%	
			TOTALE PESO	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito						

Dipartimento di Diagnostica per Immagini						
D.O. 1 - U.O.C. Radiodiagnostica e TAC - P.O. Civico di Partinico						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Elaborazione di referto strutturato	1.1	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	≥ 70% (rilevazione nel 2° semestre 2016 su un campione di almeno 60 referti complessivamente per degenti e utenti esterni: indicare il mese o i mesi di estrazione del campione)	
2	Rispetto dei tempi di refertazione per esami Rx	2.1	N. esami Rx per pazienti degenti eseguiti e refertati entro il 2° giorno dalla richiesta / N. esami Rx per pazienti degenti richiesti dalle UU.OO.del P.O.	35	≥ 70% esclusi periodi di fermo tecnico (rilevazione nel 2° semestre 2016 su un campione di 60 referti di cui almeno un terzo rappresentato da TAC e/o RMN: indicare il mese o i mesi di estrazione del campione)	
3	Tempestività interventi FRATTURA FEMORE over 65 anni entro un intervallo di tempo di 0- 2 giorni	3.1	N. interventi con presenza di tecnico radiologo /N. interventi di frattura di femore su pazienti > 65 anni per i quali è stata richiesta all'U.O. di Radiodiagnostica la presenza del tecnico almeno 24 ore prima	30	>= 60%	
			totale peso	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore,il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito						

Dipartimento di Diagnostica per Immagini						
D.O. 2 - U.O.C. Radiodiagnostica e TAC - P.O. Cimino di Termini Imerese						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Elaborazione di referto strutturato	1.1	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	≥ 70% (rilevazione nel 2° semestre 2016 su un campione di almeno 60 referti complessivamente per degenti e utenti esterni: indicare il mese o i mesi di estrazione del campione)	
2	Rispetto dei tempi di refertazione per esami Rx	2.1	N. esami Rx per pazienti degenti eseguiti e refertati entro il 2° giorno dalla richiesta / N. esami Rx per pazienti degenti richiesti dalle UU.OO.del P.O.	35	≥ 70% esclusi periodi di fermo tecnico (rilevazione nel 2° semestre 2016 su un campione di 60 referti di cui almeno un terzo rappresentato da TAC e/o RMN: indicare il mese o i mesi di estrazione del campione)	
3	Tempestività interventi FRATTURA FEMORE over 65 anni entro un intervallo di tempo di 0- 2 giorni	3.1	N. interventi con presenza di tecnico radiologo /N. interventi di frattura di femore su pazienti > 65 anni per i quali è stata richiesta all'U.O. di Radiodiagnostica la presenza del tecnico almeno 24 ore prima	30	≥= 60%	
			totale peso	100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito						

Dipartimento di Diagnostica per Immagini						
D.O. 3 - U.O.C. Radiodiagnostica e TAC - P.O. Ingrassia di Palermo						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Elaborazione di referto strutturato	1.1	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	≥ 70% (rilevazione nel 2° semestre 2016 su un campione di almeno 60 referti complessivamente per degenti e utenti esterni: indicare il mese o i mesi di estrazione del campione)	
2	Rispetto dei tempi di refertazione per esami Rx	2.1	N. esami Rx per pazienti degenti eseguiti e refertati entro il 2° giorno dalla richiesta / N. esami Rx per pazienti degenti richiesti dalle UU.OO.del P.O.	35	≥ 70% esclusi periodi di fermo tecnico (rilevazione nel 2° semestre 2016 su un campione di 60 referti di cui almeno un terzo rappresentato da TAC e/o RMN: indicare il mese o i mesi di estrazione del campione)	
3	Tempestività interventi FRATTURA FEMORE over 65 anni entro un intervallo di tempo di 0- 2 giorni	3.1	N. interventi con presenza di tecnico radiologo /N. interventi di frattura di femore su pazienti > 65 anni per i quali è stata richiesta all'U.O. di Radiodiagnostica la presenza del tecnico almeno 24 ore prima	30	>= 60%	
			totale peso	100		
<p>* 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</p>						

Dipartimento delle Anestesi, delle terapie intensive e della Terapia del Dolore						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	1.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. afferenti al Dipartimento UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	10	100%	
		1.2	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. afferenti al Dipartimento UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	10	100%	
		1.3	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. afferenti al Dipartimento UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	10	100%	
2	Applicazione Standard Joint Commission International (rif. Standard AOP 1.7)	2.1	Coordinamento degli audit relativi alla gestione del dolore acuto e cronico secondo le indicazioni regionali	15	Sì (Allegare report)	
3	Obiettivo AGENAS 5: Donazione Organi	3.1	Organizzazione dell'Ufficio di Coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti	10	Sì (Allegare report)	
		3.2	Aderenza al protocollo di intesa con il Centro Regionale Trapianti relativamente all'accertamento di morte celebrale	15	Sì (Allegare documenti)	
		3.3	Organizzazione in ambito aziendale di un evento formativo per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di procurement di organi e tessuti. (per le specifiche si rimanda all'obiettivo AGENAS)	10	Sì (Allegare report)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Sì (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori eccetto indicatori 5.1 e 6.1	
5	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	5.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
6	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
totale peso				100		

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

Dipartimento delle Anestesi, delle terapie intensive e della Terapia del Dolore						
D.O. 1 - U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE – P.O. Civico di Partinico						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PES O	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	1.1	N. Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	> 90% [per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
2	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	2.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	15	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
3	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	3.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	(Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
4	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	4.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	15	Si (Allegare Report)	
5	Applicazione Decreto GURS n.24 del 21 maggio 2010	5.1	Comunicazione disponibilità dei Posti Letto attivi (Decreto Assessoriale 30 aprile 2010-S.O. GURS n.24 del 21 maggio 2010), inviata a mezzo fax alla Centrale Operativa del 118, Pronto Soccorso di Presidio e Direzione Sanitaria nei seguenti orari: - ore 08, 00 - ore 14, 00 - ore 20, 00 - ore 03, 00	20	Si (Allegare Report)	
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	6.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	15	Rilevazione	
totale PESO				100		

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

Dipartimento delle Anestesi, delle terapie intensive e della Terapia del Dolore						
D.O. 2 - U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE – P.O. Cimino di Termini Imerese						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	1.1	N. Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	> 90% [per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare Report)	
3	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	3.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	(Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
4	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	4.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	20	Si (Allegare Report)	
5	Applicazione Decreto GURS n.24 del 21 maggio 2010	5.1	Comunicazione disponibilità dei Posti Letto attivi (Decreto Assessoriale 30 aprile 2010-S.O. GURS n.24 del 21 maggio 2010), inviata con i mezzi previsti dal D.A. alla Centrale del 118 ai seguenti orari: - ore 08, 00 - ore 14, 00 - ore 20, 00 - ore 03, 00	15	Si (Allegare Report)	
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	6.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	15	Rilevazione	
totale PESO				100		

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

Dipartimento delle Anestesi, delle terapie intensive e della Terapia del Dolore						
D.O. 3 - U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE – P.O. Ingrassia di Palermo						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	1.1	N. Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento AGENAS)	15	> 90% [per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	3.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	15	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
4	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	4.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	Si (Allegare Report)	
5	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	5.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	15	Si (Allegare Report)	
6	Applicazione Decreto GURS n.24 del 21 maggio 2010	6.1	Comunicazione disponibilità dei Posti Letto attivi (Decreto Assessoriale 30 aprile 2010-S.O. GURS n.24 del 21 maggio 2010), inviata a mezzo fax alla Centrale Operativa del 118, Pronto Soccorso di Presidio e Direzione Sanitaria nei seguenti orari: - ore 08, 00 - ore 14, 00 - ore 20, 00 - ore 03, 00	15	Si (Allegare Report)	
7	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	7.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	15	Rilevazione	
			totale PESO	100		

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

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELLA ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA						
U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	OBIETTIVO AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Individuazione criticità ed azioni correttive per il raggiungimento secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS	15	Si (Allegare documento)	
		1.2	Monitoraggio degli indicatori EX ANTE 1) N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B /Numero prenotazioni con classe di priorità B 2) N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D/ Numero prenotazioni con classe di priorità D EX POST 1) Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B. 2) Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D.	15	Si (Allegare Report sulla base del monitoraggio richiesto dall'AGENAS)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio degli indicatori: a) Percentuale di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5)	15	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	15	Si (Allegare report della realizzazione secondo indirizzi ed indicazioni aziendali e regionali)	
4	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Realizzazione delle attività di competenza previste dal PAA cap.2 Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti elaborato dall'Assessorato alla Salute relativamente a "Monitoraggio dei tempi di attesa" e "Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa"	15	SI (Allegare report) sulla base del monitoraggio richiesto da AGENAS)	
5	Riduzione tasso ospedalizzazione gastroenterite pediatrica	5.1	Predisposizione di documento per la riduzione del tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica dei residenti nel territorio dell'ASP di Palermo, di concerto con il Direttore del Dipartimento Salute della donna e del bambino e sua diffusione ai Pediatri di famiglia insieme al documento "Indicatori per la valutazione delle performance del sistema sanitario in Sicilia I Report 2016 (pubblicato sul sito ASP. Direzione generale – Staff/Coordinamento staff strategico	15	Si (Allegare documento)	
6	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
7	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	7.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
totale peso				100		
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito						

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELLA ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA						
UOC Medicina Legale e Fiscale						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Definizione dei tempi di attesa del rilascio di pareri medico-legali per la prevenzione e la gestione dei conflitti e del contenzioso	1.1	N. pareri medico-legali rilasciati entro 30 gg dalla richiesta /N. pareri medico-legali richiesti	30	>=70%	
2	Miglioramento della tempestività di risposte nell'attività del Collegio Medico	2.1	N. inoltri del giudizio collegiale all'Ente committente entro 20 gg dall'effettuazione della visita/N. totale richieste pervenute	30	>=80%	
		2.2	N. utenti con mancato rilascio di certificazioni medico-legali da parte dei Servizi ASP competenti non accompagnato da motivazione che vengono presi in carico dall'UOC di Medicina legale per completamento del giudizio /N. utenti con mancato rilascio di certificazioni medico-legali da parte dei servizi ASP competenti non accompagnato da motivazioni	30	>=85%	
3	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	3.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	4.1	N° adempimenti relativi al Piano sulla Trasparenza posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano sulla Trasparenza da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELLA ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA						
UOC Integrazione Socio-Sanitaria						
	Obiettivi		Indicatori	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale - territorio - OBIETTIVO AGENAS n.9: PAA	1.1	N. pazienti con segnalazione di dimissione protetta da parte degli Uffici territoriali	10	>= n.4.850 (dato 2015 n. 4.882)	
		1.2	N. pazienti con presa in carico territoriale / N. pazienti segnalati per dimissione protetta dagli Uffici territoriali	15	>= 70%	
		1.3	N. Uffici territoriali con procedura informatizzata di trasmissione della segnalazione di dimissione protetta / N. Uffici territoriali	15	>=5/14	
		1.4	Organizzazione di corso di formazione su tematiche inerenti l'Assistenza domiciliare e residenziale rivolto ai Medici di medicina generale ed agli operatori delle Unità Operative coinvolte	10	SI (Allegare documentazione)	
		1.5	N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2016	10	>= n.11.100 (dato 2015 n.11.125)	
2	Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure residenziali e nel percorso di continuità assistenziale RSA - territorio - OBIETTIVO AGENAS n.9: PAA	2.1	N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani	15	>= 35%	
3	Riabilitazione: miglioramento della qualità per la prescrizione ed erogazione dei Presidi e Ausili - OBIETTIVO AGENAS n.9: PAA	3.1	Elaborazione di percorso per pazienti in assistenza domiciliare e residenziale con individuazione dei tempi di erogazione dei Presidi e Ausili secondo il setting assistenziale	15	SI (Allegare documento)	
4	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	4.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
5	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza ed Integrità	5.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
TOTALE				100		

Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere						
UOC Ospedalità Privata						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 2: ESITI SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	1.1	Monitoraggio dell'indicatore: N. interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero / N. totale di casi di frattura di femore su pazienti over 65 (compresi casi senza intervento chirurgico) (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	15	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
2	Obiettivo AGENAS SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	2.1	Monitoraggio degli indicatori di pertinenza del decreto relativo alla "gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore"	15	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
3	Obiettivo AGENAS 2: ESITI SubOb2.2 Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	3.1	Monitoraggio dell'indicatore: N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) /N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	15	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
4	Obiettivo AGENAS Sub2.3.1 Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di IMA STEMI	4.1	Monitoraggio dell'indicatore: a)N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	15	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
5	Obiettivo AGENAS Sub2.3.2 Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.	5.1	Monitoraggio dell'indicatore: Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
6	Obiettivo AGENAS SubOb2.4 Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	6.1	Monitoraggio dell'indicatore: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
7	OBIETTIVO AGENAS 9: Piano Attuativo Aziendale	7.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori eccetto gli indicatori 8.1 e 9.1 (Allegare Report)	
8	Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	8.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	

totale peso 100

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

Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere						
UOC Ospedalità Pubblica						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	OBIETTIVO 2: ESITI SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	1.1	Monitoraggio dell'indicatore: N. interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero / N. totale di casi di frattura di femore su pazienti over 65 (compresi casi senza intervento chirurgico) (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	10	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS, alle Direzioni Mediche di Presidio, alle UU.OO. di Ortopedia e alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
2	OBIETTIVO 2: ESITI SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	2.1	Coordinamento della Redazione e Proposta di Documento Aziendale relativo al D.A. 2525 - 2015 19 novembre 2015 GURS 18 dicembre 2015 "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore"	10	Si (Allegare Documenti)	
3	Obiettivo AGENAS SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	3.1	Monitoraggio degli indicatori di pertinenza del decreto relativo alla "gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore"	10	Si (Inviare dati monitorati secondo calendario degli incontri AGENAS alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
4	OBIETTIVO 2: ESITI SubOb2.2 Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	4.1	Monitoraggio dell'indicatore: N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) /N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	10	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS alle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia , al Dipartimento Salute della Donna e del Bambino e alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
5	Obiettivo AGENAS Sub2.3.1 Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di IMA STEMI	5.1	Monitoraggio dell'indicatore: a)N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS, alle Direzioni Mediche di Presidio, alle U.O.Cardiolegia del P.O. Ingrassia e alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
6	Obiettivo AGENAS Sub2.3.2 Proporzioni di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.	6.1	Monitoraggio dell'indicatore: Proporzioni di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS, alle Direzioni Mediche di Presidio, alle U.O.Cardiolegia del P.O. Ingrassia e alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
7	Obiettivo AGENAS SubOb2.4 Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	7.1	Monitoraggio dell'indicatore: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	Si (Inviare dati di monitoraggio secondo calendario degli incontri AGENAS, alle Direzioni Mediche di Presidio, alle UU.OO. di Chirurgia Generale e alla UOC Coordinamento Staff Strategico)	
8	Effettuazione dei controlli esterni delle cartelle cliniche campionate dall'Assessorato	8.1	N.cartelle sottoposte a controlli esterni / N. cartelle campionate dall'Ass.to e disponibili x 100	10	100%	
9	Riduzione del Tasso di Ospedalizzazione per Gastroenterite Pediatrica	9.1	Elaborazione di un report trimestrale di monitoraggio dei ricoveri per gastroenterite pediatrica nei PP.OO. Aziendali e nelle Aziende Ospedaliere Provinciali , con invio del Report al Dipartimento salute della donna e del bambino e alle relative Direzioni Mediche dei PP.OO. Aziendali (con il n° Identificativo delle Cartelle Cliniche per i controlli di appropriatezza)	10	Si (Allegare report)	
10	Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	10.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
11	Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	11.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
				totale peso 100		

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

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali							
OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V. A. 2016	V. R. 2016
TEMPESTIVITA', COMPLETEZZA E ADEGUATEZZA QUALITATIVA DEI FLUSSI INFORMATIVI (Sub-Ob. AGENAS 3.2)	1	Personale Dipendente Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo le modalità e la tempistica indicata nel D.A. del 29 febbraio 2012 - Progetto ex art.79	1.1	Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre	3	100%	
			1.2	0 gg di ritardo rispetto alla tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	3	100%	
			1.3	100% inserimenti dei campi alimentabili con gli strumenti disponibili	3	100%	
	2	Personale Dipendente Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE	2.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0%delta non giustificato per ogni trimestre.	10	SI	
	3	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 del dato.	3.1	Coerenza monitoraggio trimestrale con le risultanze del flusso: 0% delta non giustificato tra unità di personale rilevate nella Tabella D.1.2 e dal Flusso per ogni trimestre	10	SI	
	4	Personale Convenzionato Invio del Flusso istituito dal progetto art.79 secondo le modalità e la tempistica indicata nel D.A. del 8 luglio 2013	4.1	Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre	3	100%	
			4.2	0 gg di ritardo rispetto alla tempistica prevista nel D.A. del 2013 per ogni trimestre	3	100%	
			4.3	100% inserimenti dei campi alimentabili con gli strumenti disponibili	3	100%	
	5	Personale Convenzionato Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0%delta non giustificato per ogni trimestre.	10	SI	
	Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	6	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	6.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	7	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	7.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)(n.prot..1006/DAU 2016)	8	Assicurare il rispetto degli adempimenti indicati dall'Ass.to e della relativa tempistica	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi ai PAC/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi ai PAC	5	100%	
EFFICIENZA GESTIONALE	9	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	9.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016 / Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	25	≤ 1	
	10	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento		Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:			
			10.1	UOC - Gestione Giuridica e Sviluppo Organizzativo	3	100%	
			10.2	UOC - Gestione Economica e Previdenziale	3		
			10.3	UOC - Trattamento Economico Personale convenzionato	3		
10.4	UOC - Affari Generali e Convenzioni	3					
totale peso					100		

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali							
UOC Gestione Giuridica e sviluppo organizzativo							
OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V. A. 2016	V. R. 2016
EFFICIENZA GESTIONALE	1	Ricognizione personale inidoneo a svolgere le mansioni del profilo/disciplina di appartenenza	1.1	N. dipendenti inviati agli organismi medici competenti / N. richieste pervenute per le verifiche di idoneità	10	100%	
			1.2	N. dipendenti per i quali sono state presentate proposte di provvedimenti conseguenti agli accertamenti per la ricollocazione / N. dipendenti inidonei da ricollocare.	10	100%	
	2	Riconduzione degli esiti dei procedimenti disciplinari al sistema di valutazione del personale.	2.1	Invio tempestivo, all'UOS Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane, degli esiti di procedimenti disciplinari a carico dei Dirigenti .	10	SI	
	3	Verifiche sul personale in part-time: Richiesta ai dipendenti interessati di dichiarazione sostitutiva di espletamento o meno di altra attività lavorativa	3.1	N. richieste/N. dipendenti della Dirigenza in part-time	20	SI	
			3.2	N. richieste/N. dipendenti del comparto in part-time	20	SI	
4	Predisposizione schede di immatricolazione personale assunto a qualsiasi titolo entro 7 gg. dalla stipula del contratto individuale di lavoro	4.1	N° schede predisposte entro 7 gg./Contratti individuali stipulati	10	100%		
Trasparenza Amministrativa	5	Pubblicazione su PERLA PA e sul sito web dei bandi di concorso (art.54 c.1 Let.f D.Lgs.n.82/2005	5.1	N° bandi pubblicati sul sito web/N° bandi concorsi emanati	5		
Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)(n.prot..1006/DAU 2016)	6	Assicurare il rispetto degli adempimenti indicati dall'Ass.to e della relativa tempistica	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi ai PAC/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi ai PAC	5	≤ 1	
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	7	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	7.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	8	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
totale peso					100		

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali
UOC Gestione Economica e Previdenziale

OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V. A. 2016	V. R. 2016
EFFICIENZA GESTIONALE	1	Personale Dipendente Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo le modalità indicate nel D.A. del 29 febbraio 2012 ex art.79	1.1	Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre	10	100%	
			1.2	0 gg di ritardo rispetto alla tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	10	100%	
			1.3	100% inserimenti dei campi alimentabili con gli strumenti disponibili	10	100%	
	2	Personale Dipendente Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE 2016	2.1	Produzione e certificazione del Prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE 2016 0%delta non giustificato per ogni trimestre	15	SI	
3	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 .	3.1	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	20	100%		
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	4.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016/ Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	25	≤ 1		
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	5	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	5.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	6	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
totale peso					100		

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali							
UOC Trattamento Economico Personale convenzionato							
OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V. A. 2016	V. R. 2016
EFFICIENZA GESTIONALE	1	Rilevazione sistematica dei costi del Personale convenzionato (MMG e PLS - Spec. Comv. Int., Continuità assistenziale, EST 118 e Med. Dei Servizi)	1.1	Trasmissione mensile all'UOC Contabilità Analitica e Patrimonio dei costi sostenuti per il Personale convenzionato secondo la procedura in uso, per ciascuna Macrostruttura e per ciascun Distretto	11	SI	
	2	Personale Convenzionato Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo le modalità indicate nel D.A. del 29/2/2012 ex art. 79	2.1	Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre	11	100%	
			2.2	0 gg di ritardo rispetto alla tempistica prevista nel D.A. del 2013 per ogni trimestre	11	100%	
			2.3	100% inserimenti dei campi alimentabili con gli strumenti disponibili	11	100%	
	3	Personale Convenzionato Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE 2016	3.1	Produzione e certificazione del Prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE 2016 0%delta non giustificato per ogni trimestre	21	SI	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	4.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016/ Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	25	≤ 1		
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	5	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	5.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	6	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
totale peso					100		

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali							
UOC Affari Generali e Convenzioni							
OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V. A. 2016	V. R. 2016
EFFICIENZA GESTIONALE	1	Rispetto dei tempi	1.1	N° proposte di delibere di convenzioni per tirocini predisposte entro 30 gg dall'acquisizione di tutta la documentazione/ N° proposte di delibere di convenzioni per tirocini predisposte	45	100%	
			1.2	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	45	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	2	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	2.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	3	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	3.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
totale peso					100		

OBIETTIVI BUDGET 2016

DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO (ex ECONOMICO - FINANZIARIO E PATRIMONIALE)						
OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.A. 2016	
EFFICIENZA GESTIONALE	1 Rispetto delle scadenze previste nella trasmissione dei flussi di competenza e completezza degli stessi	1.1	Trasmissione del modello CE alla Direzione aziendale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalle normative vigenti.	15	SI	
		1.2	Trasmissione del modello SP alla Direzione aziendale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalle normative vigenti.	15	SI	
	2 Predisposizione tempestiva dei documenti di Bilancio Consuntivo 2015 e Bilancio Previsionale 2016	2.1	Trasmissione del Bilancio Consuntivo 2015 alla Direzione Generale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalla normativa regionale vigente.	15	SI	
		2.2	Predisposizione del Bilancio Previsionale 2016 entro 15 giorni dall'avvenuta negoziazione delle risorse finanziarie con l'Assessorato alla Salute.	15	SI	
	3 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	3.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016 / Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	10	≤ 1	
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	4 Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	4.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	5 Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	5.1	N° adempimenti relativi al Piano sulla Trasparenza posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza	5	100%	
Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) (n. prot. 1006/DAU 2016)	6 Assicurare il rispetto degli adempimenti indicati dall'Ass.to e della relativa tempistica	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi ai PAC /N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi ai PAC	5	100%	
EFFICIENZA GESTIONALE	7 Grado della performance delle UU.OO.CC. Dipartimentali	7.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte dell' UOC Bilancio e Programmazione	5	100%	
		7.2	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte dell' UOC Contabilità Analitica e Patrimonio	5	100%	
		7.3	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte dell' UOC Contabilità Generale e Gestione Tesoreria	5	100%	
Totale Peso			100			

La Direzione Aziendale

Il Direttore/Responsabile della Struttura

OBIETTIVI BUDGET 2016

DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO (ex ECONOMICO - FINANZIARIO E PATRIMONIALE)						
UOC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE						
OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.A. 2016	
EFFICIENZA GESTIONALE	1 Rispetto delle scadenze previste nella trasmissione dei flussi di competenza e completezza degli stessi.	1.1	Trasmissione del modello CE alla Direzione aziendale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalle normative vigenti.	15	SI	
		1.2	Trasmissione del modello SP alla Direzione aziendale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalle normative vigenti.	15	SI	
	2 Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	2.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016 / Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	20	≤ 1	
	3 Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	3.1	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2016 entro 15 giorni dall'avvenuta negoziazione delle risorse finanziarie con l'Assessorato Regionale della Salute	20	SI	
		3.2	Trasmissione del bilancio consuntivo 2015 alla Direzione Generale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalla normativa regionale vigente	20	SI	
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	4 Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	4.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	5 Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	5.1	N° adempimenti relativi al Piano sulla Trasparenza posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza	5	100%	
Totale Peso				100		

La Direzione Aziendale

Il Direttore/Responsabile della Struttura

OBIETTIVI BUDGET 2016

DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO (ex ECONOMICO - FINANZIARIO E PATRIMONIALE)							
UOC Contabilità Analitica e Patrimonio							
OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.A. 2016		
EFFICIENZA GESTIONALE	1	Rendicontazione dei costi rilevati dalla contabilità analitica , con reportistica semestrale, per ciascun centro di responsabilità.	1.1	Trasmissione semestrale dei dati relativi ai costi (= valore dei consumi) sostenuti e comunicati da ciascun Centro di responsabilità dell'organizzazione aziendale all'U.O. Programmazione Controllo di gestione e S.I.S.	20	100%	
	2	Monitoraggio semestrale delle variazioni autorizzate del budget assegnato per specifico c.e. a ciascun Centro di Responsabilità	2.1	Trasmissione di report semestrale aggiornato (a valenza incrementale) per ciascun Centro di responsabilità e per specifico c.e. alla Direzione Generale ed all'U.O. Programmazione Controllo di gestione e S.I.S.	20	SI	
	3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	3.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016 / Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	10	≤ 1	
	4	Aggiornamento Piano dei centri di costo	4.1	Aggiornamento del piano dei centri di costo aziendale con riferimento all'Atto Aziendale vigente ed alla metodologia CRIL (D.A. 3 maggio 2015)	20	SI	
	5	Gestione ed invio flusso CRIL	5.1	Gestione dell'anagrafica CRIL/CDC; Trasmissione aggiornamenti alle strutture organizzative aziendali che gestiscono risorse/erogano prestazioni per la rendicontazione analitica	10	SI	
		5.2	Trasmissione del flusso aggiornato secondo indicazioni di modalità e tempistica del D.A. 3/5/15	10	SI		
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	6	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	6.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	7	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	7.1	N° adempimenti relativi al Piano sulla Trasparenza posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza	5	100%	
				Totale Peso	100		

La Direzione Aziendale

Il Direttore/Responsabile della Struttura

OBIETTIVI BUDGET 2016

DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO (ex ECONOMICO - FINANZIARIO E PATRIMONIALE)						
UOC Contabilità Generale e gestione tesoreria						
OBIETTIVI GENERALI	Obiettivi Specifici	Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.A. 2016	
EFFICIENZA GESTIONALE	1	Miglioramento delle procedure di registrazione delle fatture e dei mandati di pagamento del "Ciclo Passivo"	1.1	Registrazione e pagamento nei tempi previsti delle fatture emesse da Fornitori, con produzione di report semestrale delle fatture non pagate nei tempi/totale fatture	25	≥ 80%
	2	Incremento incasso sui crediti	2.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2015	30	> = 10%
	3	Contabilità separata per prestazioni in ALPI.	3.1	Trasmissione di report semestrale aggiornato per ciascuna struttura erogatrice delle prestazioni in ALPI, con relativa valorizzazione, all'UOC Coordinamento Staff Strategico e all' UO Programmazione e Controllo di Getione e S.I.S..	25	SI
	4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	4.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016 / Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale	10	≤ 1
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	5	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	5.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	6	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	6.1	N° adempimenti relativi al Piano sulla Trasparenza posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza	5	100%
Totale Peso				100		

La Direzione Aziendale

Il Direttore/Responsabile della Struttura

DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO (ex PROVVEDITORATO E TECNICO)							
OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PES O	V.A. 2016	V.R. 2016
APPLICAZIONE RAE (Regolamento Acquisti in Economia)	1	Puntualità e completezza nell'invio in Assessorato dei dati relativi agli acquisti in economia	1.1	Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo il tracciato fornito all' Azienda.	11	100%	
		Grado di applicazione del Regolamento da parte dell' Azienda	1.2	Esito positivo degli audit effettuati in Azienda	15	100%	
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DELLE GARE DI BACINO	2	Valutazione del piano presentato dai Comitati di Bacino entro il termine previsto, in termini di rilevanza economica dello stesso (% di spesa aggregata rispetto al totale) e coerenza delle tempistiche previste con lo stato dei contratti in essere.	2.1	Presentazione piano per l' approvazione da parte del Comitato Guida Regionale.	15	SI	
		Rispetto delle scadenze previste dal piano nell'anno 2016	2.2	Rispetto delle scadenze previste dal piano per il 2016	15	SI (100%)	
EFFICIENZA GESTIONALE	3	Riduzione acquisti in economia	3.1	N.procedure acquisti beni-servizi sottosoglia effettuate sul portale CONSIP/N. procedure acquisti beni-servizi sottosoglia effettuate	10	>=80%	
	4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	4.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016 / Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	10	<=1	
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	5	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	5.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	6	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) (n.prot,1006/DAU 2016)	7	Assicurare il rispetto degli adempimenti indicati dall'Ass.to e della relativa tempistica	7.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi ai PAC/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi aiPAC	5	100%	
EFFICIENZA GESTIONALE	8	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento		Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:			
			8.1	UOC - Provveditorato	3	100%	
			8.2	UOC - Facility Management	3	100%	
			8.3	UOC - Progettazione e Manutenzione	3	100%	
				Totale peso	100		

DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO (ex PROVVEDITORATO E TECNICO)							
UOC PROVVEDITORATO							
OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
APPLICAZIONE RAE (Regolamento Acquisti in Economia)	1	Puntualità e completezza nell'invio in Assessorato dei dati relativi agli acquisti in economia	1.1	Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo il tracciato fornito all' Azienda.	10	100%	
		Grado di applicazione del Regolamento da parte dell' Azienda	1.2	Esito positivo degli audit effettuati in Azienda	10	100%	
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DELLE GARE DI BACINO	2	Valutazione del piano presentato dai Comitati di Bacino entro il termine previsto, in termini di rilevanza economica dello stesso (% di spesa aggregata rispetto al totale) e coerenza delle tempistiche previste con lo stato dei contratti in essere.	2.1	Presentazione del Piano per l' approvazione da parte del Comitato Guida Regionale.	10	SI	
		Rispetto delle scadenze previste nel Piano nell'anno 2016	2.2	Rispetto delle scadenze previste nel Piano per il 2016	10	SI (100%)	
ELABORAZIONE E TRASMISSIONE FLUSSO BENI E SERVIZI	3	Invio del flusso Beni e Servizi	3.1	Elaborazione e trasmissione in autonomia delle tabelle previste dal D.A. 9 giugno 2014, per ogni trimestre;	5	SI	
			3.2	0 gg di ritardo rispetto alla tempistica individuata nel disciplinare tecnico per ogni trimestre;	5	SI	
			3.3	100% inserimenti dei campi alimentabili con gli strumenti disponibili	5	SI	
	4	Elaborazione e trasmissione tabelle di controllo e quadratura con il CE 2016	4.1	Produzione e certificazione del prospetto di raccordo Flusso Beni e Servizi-CE 2016: 0% delta non giustificato per ogni trimestre	15	SI	
RIDUZIONE COSTI	5	Riduzione costi contratti rinnovati nell'anno 2016	5.1	Valore dei contratti rinnovati nell'anno 2016/Valore degli stessi contratti da rinnovare nell'anno 2016	10	<=1%	
	6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	6.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016 / Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	10	<=1	
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	7	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	7.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	8	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
				totale peso	100		

DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO (ex PROVVEDITORATO E TECNICO)							
UOC FACILITY MANAGEMENT							
OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
MONITORAGGIO	1	Monitoraggio dell'applicazione delle procedure stabilite	1.1	N° richieste evase secondo le procedure stabilite / N° richieste di intervento pervenute alla UOC (per ciascuna delle linee d'intervento individuate)-	20	>= 70%	
	2	Rendicontazione delle attività , con reportistica trimestrale, per ciascun Centro di Responsabilità.	2.1	Invio dei dati di attività, per ciascun Centro di responsabilità, all'U.O. Programmazione Controllo di gestione e S.I.S.	15	SI	
		Rendicontazione dei costi sostenuti in contabilità analitica, con reportistica trimestrale, per ciascun Centro di Responsabilità.	2.2	Invio dei dati relativi ai costi sostenuti per ciascun Centro di responsabilità all'U.O. Contabilità Analitica e Patrimonio.	20	SI	
Partecipazione al progetto Ricerca corrente 2012 promosso da AGENAS "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" nei P.O. aziendali	4	Realizzazione del progetto "Valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" nei Presidi Ospedalieri Aziendali	4.1	Rilevazione delle aree critiche della check list secondo progetto AGENAS nei Presidi Ospedalieri Aziendali in sinergia con l' UO Qualità, (PP.OO. Ingrassia e Madonna dell'Alto) UO Comunicazione e Informazione (P.O. Civico Partinico e Dei Bianchi Corleone) e componente cittadina.	25	SI	
	6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	6.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2015/ budget dei consumi assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	10	<=1	
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	7	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	7.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	7	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	7.2	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
				Totale peso	100		

DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO (ex PROVVEDITORATO E TECNICO)							
UOC PROGETTAZIONE E MANUTENZIONE							
OBIETTIVI GENERALI		Obiettivi Specifici		Indicatore	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
Tempestività degli interventi per la sicurezza del paziente	1	Tempestività dell'intervento di riparazione e/o manutenzione relativa alla sicurezza del paziente	1.1	N. relazioni redatte e trasmesse all'UO Risk Management relative al sopralluogo effettuato a seguito della richiesta di intervento. con le specifiche e la tempistica del/i , inviate entro 48 ore successive alla richiesta / N. richieste di intervento pervenute dall' U.O. Risk Managment.	30	> = 70%	
INTERVENTI PER LA RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	2	Realizzazione di interventi strutturali e tecnici per il completamento dei PP.TT.AA del territorio aziendale	2.1	N. interventi strutturali e tecnici realizzati / N. interventi programmati per ciascun PTA	30	≥ 90%	
RIDUZIONE COSTI	3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	3.1	Importo consumi rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2016/ Importo budget 2016 assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale	30	<=1	
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	4	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione	4.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	5	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	5.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
totale peso					100		

DISTRETTO SANITARIO N.33 - CEFALU'						
	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	10	SI (Allegare report delle attività svolte) novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	Individuazione, invio e partecipazione del personale ai corsi aziendali PAC	5	SI (Allegare documenti)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	SI (Allegare Report)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	6.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	10	SI (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
7	Miglioramento della tempestività di effettuazione di visite fiscali nei confronti di dipendenti di altri Enti	7.1	N. visite fiscali eseguite a dipendenti di altri Enti entro il 3° giorno lavorativo dalla richiesta / N. visite fiscali richieste da altri Enti	10	> 40% (dati 2° semestre 2016)	
8	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
10	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	10.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DISTRETTO SANITARIO N.34 - CARINI						
	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	Si (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	10	Si (Allegare report delle attività svolte) novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO CORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	Individuazione, invio e partecipazione del personale ai corsi aziendali PAC	5	Si (Allegare documenti)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare Report)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	6.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	10	Si (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
7	Miglioramento della tempestività di effettuazione di visite fiscali nei confronti di dipendenti di altri Enti	7.1	N. visite fiscali eseguite a dipendenti di altri Enti entro il 3° giorno lavorativo dalla richiesta / N. visite fiscali richieste da altri Enti	10	> 40% (dati 2° semestre 2016)	
8	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
10	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	10.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DISTRETTO SANITARIO N.35 - PETRALIA						
	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	10	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	Individuazione, invio e partecipazione del personale ai corsi aziendali PAC	5	SI (Allegare documenti)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	SI (Allegare Report)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	6.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	10	SI (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
7	Miglioramento della tempestività di effettuazione di visite fiscali nei confronti di dipendenti di altri Enti	7.1	N. visite fiscali eseguite a dipendenti di altri Enti entro il 3° giorno lavorativo dalla richiesta / N. visite fiscali richieste da altri Enti	10	> 40% (dati 2° semestre 2016)	
8	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
10	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	10.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DISTRETTO SANITARIO N.36 - MISILMERI						
	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	10	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	Individuazione, invio e partecipazione del personale ai corsi aziendali PAC	5	SI (Allegare documenti)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	SI (Allegare Report)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	6.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	10	SI (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
7	Miglioramento della tempestività di effettuazione di visite fiscali nei confronti di dipendenti di altri Enti	7.1	N. visite fiscali eseguite a dipendenti di altri Enti entro il 3° giorno lavorativo dalla richiesta / N. visite fiscali richieste da altri Enti	10	> 40% (dati 2° semestre 2016)	
8	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
10	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	10.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DISTRETTO SANITARIO N.37 - TERMINI IMERESE

	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	10	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	Individuazione, invio e partecipazione del personale ai corsi aziendali PAC	5	SI (Allegare documenti)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	SI (Allegare Report)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	6.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	10	SI (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
7	Miglioramento della tempestività di effettuazione di visite fiscali nei confronti di dipendenti di altri Enti	7.1	N. visite fiscali eseguite a dipendenti di altri Enti entro il 3° giorno lavorativo dalla richiesta / N. visite fiscali richieste da altri Enti	10	> 40% (dati 2° semestre 2016)	
8	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
10	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	10.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DISTRETTO SANITARIO N.38 - LERCARA						
	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	10	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	Individuazione, invio e partecipazione del personale ai corsi aziendali PAC	5	SI (Allegare documenti)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	SI (Allegare Report)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	6.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	10	SI (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
7	Miglioramento della tempestività di effettuazione di visite fiscali nei confronti di dipendenti di altri Enti	7.1	N. visite fiscali eseguite a dipendenti di altri Enti entro il 3° giorno lavorativo dalla richiesta / N. visite fiscali richieste da altri Enti	10	> 40% (dati 2° semestre 2016)	
8	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
10	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	10.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DISTRETTO SANITARIO N.39 - BAGHERIA						
	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	10	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	Individuazione, invio e partecipazione del personale ai corsi aziendali PAC	5	SI (Allegare documenti)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	SI (Allegare Report)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	6.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	10	SI (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
7	Miglioramento della tempestività di effettuazione di visite fiscali nei confronti di dipendenti di altri Enti	7.1	N. visite fiscali eseguite a dipendenti di altri Enti entro il 3° giorno lavorativo dalla richiesta / N. visite fiscali richieste da altri Enti	10	> 40% (dati 2° semestre 2016)	
8	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
10	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	10.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DISTRETTO SANITARIO N. 40 - CORLEONE						
	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	10	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	Individuazione, invio e partecipazione del personale ai corsi aziendali PAC	5	SI (Allegare documenti)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	SI (Allegare Report)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scopenso cardiaco, BPCO)	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scopenso cardiaco, BPCO)	6.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	10	SI (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
7	Miglioramento della tempestività di effettuazione di visite fiscali nei confronti di dipendenti di altri Enti	7.1	N. visite fiscali eseguite a dipendenti di altri Enti entro il 3° giorno lavorativo dalla richiesta / N. visite fiscali richieste da altri Enti	10	> 40% (dati 2° semestre 2016)	
8	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
10	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	10.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

DISTRETTO SANITARIO N.41 - PARTINICO						
	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	10	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	lindividuazione, invio e partecipazione del personale ai corsi aziendali PAC	5	Si (Allegare documenti)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare Report)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	6.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	10	Sì (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
7	Miglioramento della tempestività di effettuazione di visite fiscali nei confronti di dipendenti di altri Enti	7.1	N. visite fiscali eseguite a dipendenti di altri Enti entro il 3° giorno lavorativo dalla richiesta / N. visite fiscali richieste da altri Enti	10	> 40% (dati 2° semestre 2016)	
8	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
10	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	10.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DISTRETTO SANITARIO N.42 - PALERMO						
	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	10	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS 8: SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	3.1	Individuazione, invio e partecipazione del personale ai corsi aziendali PAC	5	SI (Allegare documenti)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	SI (Allegare Report)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche al poliambulatorio Pa Centro (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche al poliambulatorio Pa Centro (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	6.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	10	SI (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
7	Miglioramento della tempestività di effettuazione di visite fiscali nei confronti di dipendenti di altri Enti	7.1	N. visite fiscali eseguite a dipendenti di altri Enti entro il 3° giorno lavorativo dalla richiesta / N. visite fiscali richieste da altri Enti	5	> 40% (dati 2° semestre 2016)	
8	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	8.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	5	100%	
9	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
10	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	10.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
11	Miglioramento della performance delle UU.OO.CC. Afferenti al DST 42	11.1	Grado di raggiungimento degli OBIETTIVI del PTA BIONDO	4	100%	
		11.2	Grado di raggiungimento degli OBIETTIVI del PTA CASA DEL SOLE	4	100%	
		11.3	Grado di raggiungimento degli OBIETTIVI del PTA E. ALBANESE	4	100%	
		11.4	Grado di raggiungimento degli OBIETTIVI del PTA GUADAGNA	4	100%	
		11.5	Grado di raggiungimento degli OBIETTIVI del PTA CENTRO	4	100%	
totale peso				100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

DISTRETTO SANITARIO N.42 - PALERMO - PTA BIONDO

	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	Si (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	20	Si (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	3.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare Report)	
4	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	15	Si (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
6	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	6.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
7	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	7.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

<i>DISTRETTO SANITARIO N.42 - PALERMO - PTA CASA DEL SOLE</i>						
	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	20	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	3.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare Report)	
4	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	15	Si (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
6	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	6.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
7	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	7.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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

DISTRETTO SANITARIO N.42 - PALERMO - PTA E. ALBANESE

	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	20	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	3.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare Report)	
4	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	15	Sì (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
6	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	6.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
7	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	7.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

DISTRETTO SANITARIO N.42 - PALERMO - PTA GUADAGNA

	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	20	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	3.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare Report)	
4	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	15	SI (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
6	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	6.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
7	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	7.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

DISTRETTO SANITARIO N.42 - PALERMO - PTA PA CENTRO

	OBIETTIVI		INDICATORI	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	SI (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 5) (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS)	20	SI (Allegare report delle attività svolte novembre e dicembre)	
3	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	3.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	SI (Allegare Report)	
4	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
5	Miglioramento della gestione dei pazienti con patologie croniche (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO)	5.1	Monitoraggio della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 secondo gli indicatori previsti per gli specialisti ambulatoriali cardiologi dipendenti e per i convenzionati ammessi e partecipanti al progetto finalizzato	15	SI (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori)	
6	Trasmissione completa dei flussi informativi di pertinenza entro i tempi previsti	6.1	N. flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / N. flussi da trasmettere	15	100%	
7	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	7.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
8	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza e Integrità	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

UOC COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO Ospedali riuniti						
	Obiettivi		Indicatore	PESO	V. A. 2016	V. R. 2016
1	Predisposizione da parte dei vari Coordinamenti della individuazione dei locali soggetti a modifiche sui quali è attivo il servizio di pulizia esternalizzato	1.1	Presentazione dello studio con i dati completi	30	SI (Allegare relazione)	
2	Predisposizione di uno studio per la riorganizzazione degli uffici dell'area operativa assegnata, secondo le indicazioni della Direzione di cui alla nota prot.n.5789 del 5/8/2016 ed alla nota prot.n.3140 del 16/9/2016	2.1	Presentazione dello studio con i dati completi	20	SI (Allegare relazione)	
3	Elaborazione procedure di acquisto di beni e servizi istruite dalla UOC che riguardano i fabbisogni esclusivamente dei PP.OO. Previo raccordo con i rispettivi Coordinamenti	3.1	Assenza di procedure di acquisto istruite nei termini indicati in "obiettivo 4"	20	SI	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato.	4.1	Budget dei consumi assegnato come da apposita scheda fornita dal Dip.to Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico / budget dei consumi utilizzato	20	<=1	
5	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano Anticorruzione	5.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
6	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza	6.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
			totale peso	100		

D.O. 1 - P.O. CIVICO DI PARTINICO						
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	1.1	Esistenza di interventi di vigilanza sull'applicazione del decreto	10	Si (Allegare report)	
2	OBIETTIVO AGENAS 2: ESITI SubOb2.4 Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	2.1	Esistenza di interventi di vigilanza sul raggiungimento dell'obiettivo: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	Si (Allegare report)	
3	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	3.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	10	Si (Allegare Report)	
4	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare report)	
5	Obiettivo AGENAS n. 8: PAC	5.1	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	10	Si (Allegare documenti della realizzazione secondo indirizzi ed indicazioni aziendali e regionali)	
6	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	6.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori eccetto 10.1 e 11.1	
7	Applicazione Decreto GURS n.24 del 21 maggio 2010	7	Verifica almeno 1 volta al mese dell'avvenuta comunicazione di disponibilità dei Posti Letto attivi di area critica, Rianimazione, Utic ed Utin individuate nel Decreto Assessoriale 30 aprile 2010-S.O. GURS n.24 del 21 maggio 2010, effettuata a mezzo fax alla Centrale Operativa del 118 nei seguenti orari: - ore 08, 00 - ore 14, 00 - ore 20, 00 - ore 03, 00	10	Si (Allegare documento con le verifiche effettuate)	
8	" Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	8	Approvvigionamento e fornitura delle carte di osservazione NEWS alle UU.OO. di degenze e PS: N di UU.OO cui sono state fornite le carte di osservazione NEWS / N. totale UU.OO destinatarie del percorso assistenziale NEWS	10	100%	
9	Riduzione tasso di ospedalizzazione gastroenterite pediatrica	9	Monitoraggio e verifica dell'applicazione da parte delle UU.OO.CC. di Medicina interna di criteri di appropriatezza condivisi fra UU.OO.CC. di Medicina interna e Dipartimento Salute della donna e del bambino per il ricovero dei pazienti con gastroenterite pediatrica ed eventuali interventi correttivi	10	Si (allegare report)	
10	Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	10.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
11	Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	11.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
totale PESO				100		

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

D.O. 1 - P.O. CIVICO DI PARTINICO
UOC MEDICINA INTERNA - UOS Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso

	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	10	Si (Allegare Report)	
2	Applicazione della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	2.1	N. pazienti con scompenso cardiaco di stadio C per i quali si effettua dimissione facilitata con invio all'ambulatorio ospedaliero o all'ambulatorio territoriale secondo score 1-13 (<=8: amb. territoriale; >=13: amb. Ospedaliero; 9-12: discrezionale) / N. Pazienti con scompenso cardiaco classificati alla dimissione in stadio C secondo score 1-13 (Procedura PR029DIR01700 del 17/2/2016)	10	>= 70%	
3	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	3.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Rilevazione	
4	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	4.1	N di pz over 65 con frattura di femore con tempo di permanenza in PS [Entrata- Uscita] inferiore a 4h/ N di pz over 65 con frattura di femore	10	> 90% [per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto. I dati dovranno essere inviati all'UOC Ospedalità Pubblica secondo calendario Agenas]	
		4.2	N. pazienti over 65 aa. con frattura di femore su cui si esegue valutazione multidimensionale geriatrico/internistica /N. pazienti over 65 aa. Con frattura di femore	10	Rilevazione	
5	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	5	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare Report)	
6	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	6	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
7	Riduzione tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica	7	Definizione, condivisione con il Dipartimento salute donna e bambino e applicazione di criteri di appropriatezza per il ricovero dei pazienti con gastroenterite pediatrica	10	Si (Allegare Report)	
8	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	8	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare Report)	
9	Formazione dei professionisti	9.1	N.° Medici e n.° Infermieri della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso partecipanti ai corsi di formazione relativi ai privileges organizzati dall'Assessorato alla Salute-CEFPAS / N.° Medici e n.° Infermieri della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso individuati per la partecipazione da CEFPAS	10	100 % (Inviare via Mail all'indirizzo di posta elettronica uoqualita@asppalermo.org entro il 30 Novembre 2016)	
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

D.O. 1- P.O. CIVICO DI PARTINICO
U.O.C. CARDIOLOGIA e UTIC

	OBIETTIVI	INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1 Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	Si (Allegare Report)	
2	Applicazione della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	2.1 N. pazienti con scompenso cardiaco di stadio C per i quali si effettua dimissione facilitata con invio all'ambulatorio ospedaliero o all'ambulatorio territoriale secondo score 1-13 (<=8:amb. territoriale; >=13: amb. Ospedaliero; 9-12: discrezionale) / N. Pazienti con scompenso cardiaco classificati alla dimissione in stadio C secondo score 1-13 (Procedura PR029DIR01700 del 17/2/2016)	15	>= 70%	
3	Applicazione Decreto GURS n.24 del 21 maggio 2010	3.1 Comunicazione disponibilità dei Posti Letto attivi per UTIC (Decreto Assessoriale 30 aprile 2010-S.O. GURS n.24 del 21 maggio 2010) , inviata a mezzo fax alla Centrale Operativa del 118, Pronto Soccorso di Presidio e Direzione Sanitaria nei seguenti orari: - ore 08, 00 - ore 14, 00 - ore 20, 00 - ore 03, 00	15	Si (Allegare Report)	
4	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I	4.1 N. pazienti over 65 aa con frattura di femore su cui si esegue valutazione cardiologica entro il giorno successivo al ricovero /N. pazienti over 65 aa con frattura di femore	5	Rilevazione	
5	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	5.1 Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare Report)	
6	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	6.1 Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
7	Formazione dei professionisti	7.1 N.° Medici Cardiologi e n.° Infermieri (se previsti) partecipanti ai corsi di formazione relativi ai privilege organizzati dall'Assessorato alla Salute-CEFPAS / N.° Medici Cardiologi e n.° Infermieri individuati per la partecipazione da CEFPAS	10	100 % (Inviare via Mail all'indirizzo di posta elettronica uoqualita@asppalermo.org entro il 30 Novembre 2016)	
8	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	8.1 N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Rilevazione	
9	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	9.1 Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare Report)	
totale PESO			100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

D.O. 1 - P.O. CIVICO DI PARTINICO

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE

	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	20	Si (Allegare Report)	
2	Obiettivo AGENAS SubOb2.4 Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	2.1	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	> 97% [per valori compresi tra 70% e 97% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (70%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
3	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	3.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	20	Si (Allegare Report)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
5	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	5.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	15	Rilevazione	
6	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	6.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	15	Si (Allegare Report)	
			totale PESO	100		

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

D.O. 1 - P.O. CIVICO DI PARTINICO
U.O.C. ORTOPEDIA

	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Usa Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	Si (Allegare Report)	
2	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	2.1	Esistenza di report con la misurazione degli indicatori: 2; 3; 5; 6.3; 7; 8.1; 8.2; 8.3; 9.2; 9.3; 10 previsti nel Decreto	15	Si (Inviare report a Direzione medica di P.O. e UOC Ospedalità Pubblica secondo calendario incontri AGENAS)	
3	Obiettivo AGENAS SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	3.1	N. Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	> 90% [per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
4	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare Report)	
5	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	5.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	6.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Rilevazione	
7	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	7.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	15	Si (Allegare Report)	
			totale PESO	100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

D.O. 1 - P.O. DEI BIANCHI DI CORLEONE						
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO (UOS)						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	OBIETTIVO AGENAS 2: ESITI SubOb2.4 Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	1.1	Esistenza di interventi di vigilanza sul raggiungimento dell'obiettivo: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	15	Si (Allegare report)	
2	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	2.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	3.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare report)	
4	Obiettivo AGENAS n. 8: PAC	4.1	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	15	Si (Allegare documenti della realizzazione secondo indirizzi ed indicazioni aziendali e regionali)	
5	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	5.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori eccetto 8.1 e 9.1	
6	" Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	6.1	Approvvigionamento e fornitura delle carte di osservazione NEWS alle UU.OO. di degenze e PS: N di UU.OO cui sono state fornite le carte di osservazione NEWS / N. totale UU.OO destinatarie del percorso assistenziale NEWS	10	100%	
7	Riduzione tasso di ospedalizzazione gastroenterite pediatrica	7.1	Monitoraggio e verifica dell'applicazione da parte delle UU.OO.CC. di Medicina interna di criteri di appropriatezza condivisi fra UU.OO.CC. di Medicina interna e Dipartimento Salute della donna e del bambino per il ricovero dei pazienti con gastroenterite pediatrica ed eventuali interventi correttivi	10	Si (Allegare report)	
8	Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	8.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
9	Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	9.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
			totale PESO	100		

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

D.O. 1 - P.O. DEI BIANCHI DI CORLEONE
UOC MEDICINA INTERNA - UOS Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso

	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	Si (Allegare Report)	
2	Applicazione della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	2.1	N. pazienti con scompenso cardiaco di stadio C per i quali si effettua dimissione facilitata con invio all'ambulatorio ospedaliero o all'ambulatorio territoriale secondo score 1-13 (<=8:amb. territoriale; >=13: amb. Ospedaliero; 9-12: discrezionale) / N. Pazienti con scompenso cardiaco classificati alla dimissione in stadio C secondo score 1-13 (Procedura PR029DIR01700 del 17/2/2016)	15	>= 70%	
3	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	3.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Rilevazione	
4	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare Report)	
5	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	5.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
6	Riduzione tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica	6.1	Definizione, condivisione con il Dipartimento salute donna e bambino e applicazione di criteri di appropriatezza per il ricovero dei pazienti con gastroenterite pediatrica	15	Si (Allegare Report)	
7	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	7.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare Report)	
8	Formazione dei professionisti	8.1	N.° Medici e n.° Infermieri della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso partecipanti ai corsi di formazione relativi ai privileges organizzati dall'Assessorato alla Salute-CEFPAS / N.° Medici e n.° Infermieri della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso individuati per la partecipazione da CEFPAS	10	100 % (Inviare via Mail all'indirizzo di posta elettronica uoqualita@asppalermo.org entro il 30 Novembre 2016)	
			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



OBIETTIVI BUDGET 2016

D.O. 1 - P.O. DEI BIANCHI DI CORLEONE

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE

	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	20	Si (Allegare Report)	
2	Obiettivo AGENAS SubOb2.4 Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	2.1	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	> 97% [per valori compresi tra 70% e 97% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (70%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
3	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	3.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	20	Si (Allegare Report)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
5	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	5.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	15	Rilevazione	
6	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	6.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	15	Si (Allegare Report)	
			totale PESO	100		

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

D.O. 2 - P.O. CIMINO DI TERMINI IMERESE						
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	1.1	Esistenza di interventi di vigilanza sull'applicazione del decreto	10	Si (Allegare report)	
2	OBIETTIVO AGENAS 2: ESITI SubOb2.4 Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	2.1	Esistenza di interventi di vigilanza sul raggiungimento dell'obiettivo: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	Si (Allegare report)	
3	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	3.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	10	Si (Allegare Report)	
4	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5) (escluso i medici di Pronto Soccorso)	10	Si (Allegare report)	
5	Obiettivo AGENAS n. 8: PAC	5.1	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	10	Si (Allegare documenti della realizzazione secondo indirizzi ed indicazioni aziendali e regionali)	
6	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	6.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori eccetto 10.1 e 11.1	
7	" Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	7.1	Approvvigionamento e fornitura delle carte di osservazione NEWS alle UU.OO. di degenze e PS: N di UU.OO cui sono state fornite le carte di osservazione NEWS / N. totale UU.OO destinatarie del percorso assistenziale NEWS	10	100%	
8	Applicazione Decreto GURS n.24 del 21 maggio 2010	8.1	Verifica almeno 1 volta al mese dell'avvenuta comunicazione di disponibilità dei Posti Letto attivi di area critica, Rianimazione, Utic ed Utin individuate nel Decreto Assessoriale 30 aprile 2010-S.O. GURS n.24 del 21 maggio 2010, effettuata a mezzo fax alla Centrale Operativa del 118 nei seguenti orari: - ore 08, 00 - ore 14, 00 - ore 20, 00 - ore 03, 00	10	Si (Allegare documento con le verifiche effettuate)	
9	Riduzione tasso di ospedalizzazione gastroenterite pediatrica	9.1	Monitoraggio e verifica dell'applicazione da parte delle UU.OO.CC. di Medicina interna di criteri di appropriatezza condivisi fra UU.OO.CC. di Medicina interna e Dipartimento Salute della donna e del bambino per il ricovero dei pazienti con gastroenterite pediatrica ed eventuali interventi correttivi	10	Si (allegare report)	
10	Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	10.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
11	Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	11.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
totale PESO				100		

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

D.O. 2 - P.O. CIMINO DI TERMINI IMERESE						
UOC MEDICINA INTERNA - UOS Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	10	Si (Allegare report)	
2	Applicazione della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	2.1	N. pazienti con scompenso cardiaco di stadio C per i quali si effettua dimissione facilitata con invio all'ambulatorio ospedaliero o all'ambulatorio territoriale secondo score 1-13 (<=8:amb. territoriale; >=13: amb. Ospedaliero; 9-12: discrezionale) / N. Pazienti con scompenso cardiaco classificati alla dimissione in stadio C secondo score 1-13 (Procedura PR029DIR01700 del 17/2/2016)	10	>= 70%	
3	Sperimentazione Clinico-Organizzativa * Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia*	3.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Rilevazione	
4	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	4.1	N. pazienti over 65 aa con frattura di femore su cui si esegue valutazione cardiologica entro il giorno successivo al ricovero /N. pazienti over 65 aa con frattura di femore	5	Rilevazione	
		4.2	N di pz over 65 con frattura di femore su cui si effettua valutazione multidimensionale geriatrico/internistica/ N di pz over 65 con frattura di femore	10	Rilevazione	
		4.3	N di pz over 65 con frattura di femore con tempo di permanenza in PS [Entrata- Uscita] inferiore a 4h/ N di pz over 65 con frattura di femore	10	> 90% [per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto. I dati dovranno essere inviati all'UOC Ospedalità Pubblica secondo calendario Agenas]	
5	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	5.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare Report)	
6	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	6.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	5	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
7	Riduzione tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica	7.1	Definizione, condivisione con il Dipartimento salute donna e bambino e applicazione di criteri di appropriatezza per il ricovero dei pazienti con gastroenterite pedoatrica	10	Si (Allegare Report)	
8	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	8.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare report)	
9	Formazione dei professionisti	9.1	N.° Medici e n.° Infermieri della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso partecipanti ai corsi di formazione relativi ai privileges organizzati dall'Assessorato alla Salute-CEFPAS / N.° Medici e n.° Infermieri della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso individuati per la partecipazione da CEFPAS	10	100 % (Inviare via Mail all'indirizzo di posta elettronica uoqualita@asp.palermo.org entro il 30 Novembre 2016)	
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

D.O. 2 - P.O. CIMINO DI TERMINI IMERESE						
U.O.C. OTORINO						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	20	Si (Allegare report)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	20	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	3.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	20	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso sarà distribuito fra gli altri indicatori	
4	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	4.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	20	Rilevazione	
5	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	5.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	20	Si (Allegare report)	
totale PESO				100		

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

**OBIETTIVI BUDGET 2016**

D.O.2 - P.O. CIMINO DI TERMINI IMERESE						
U.O.C. CHIRURGIA GENERALE						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	Si (Allegare report)	
2	Obiettivo AGENAS SubOb2.4 Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	2.1	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	> 97% [per valori compresi tra 70% e 97% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (70%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
3	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	3.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare Report)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	20	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso sarà distribuito fra gli altri indicatori	
5	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	5.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	15	Rilevazione	
6	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	6.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	15	Si (Allegare report)	
			totale PESO	100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

D.O. 2 - P.O.CIMINO DI TERMINI IMERESE						
U.O.C. ORTOPEDIA						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	Si (Allegare report)	
2	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	2.1	Esistenza di report con la misurazione degli indicatori: 2; 3; 5; 6.3; 7; 8.1; 8.2; 8.3; 9.2; 9.3; 10 previsti nel Decreto	15	Si (Inviare report a Direzione medica di P.O.e UOC Ospedalità Pubblica secondo calendario incontri AGENAS)	
3	Obiettivo AGENAS SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	3.1	N. Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento AGENAS)	15	> 80% [per valori compresi tra 60% e 80% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
4	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare Report)	
5	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	5.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	15	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso sarà distribuito fra gli altri indicatori	
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	6.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	15	Rilevazione	
7	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	7.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare report)	
			totale PESO	100		

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

D.O. 2 - P.O. MADONNA DELL'ALTO DI PETRALIA						
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO (UOS)						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Obiettivo AGENAS 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	15	Si (Allegare Documento)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare report)	
3	Obiettivo AGENAS n. 8: PAC	3.1	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	15	Si (Allegare documenti della realizzazione secondo indirizzi ed indicazioni aziendali e regionali)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	15	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori eccetto gli indicatori 7.1 e 8.1	
5	Obiettivi Contrattuali Generali: Rispetto della direttiva relativa ai flussi informativi	5.1	N. flussi informativi di competenza trasmessi secondo direttiva / N. flussi informativi di competenza	15	100%	
6	" Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	6.1	Approvvigionamento e fornitura delle carte di osservazione NEWS alle UU.OO. di degenze e PS: N di UU.OO cui sono state fornite le carte di osservazione NEWS / N. totale UU.OO destinatarie del percorso assistenziale NEWS	15	100%	
7	Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	7.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
8	Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	8.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
totale PESO				100		

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

D.O. 2 - P.O. MADONNA DELL'ALTO DI PETRALIA						
UOC MEDICINA INTERNA - UOS Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	10	Si (Allegare report)	
2	Applicazione della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	2.1	N. pazienti con scompenso cardiaco di stadio C per i quali si effettua dimissione facilitata con invio all'ambulatorio ospedaliero o all'ambulatorio territoriale secondo score 1-13 (<=8:amb. territoriale; >=13: amb. Ospedaliero; 9-12: discrezionale) / N. Pazienti con scompenso cardiaco classificati alla dimissione in stadio C secondo score 1-13 (Procedura PR029DIR01700 del 17/2/2016)	10	>= 70%	
3	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	3.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N. carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Rilevazione	
4	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	4.1	N di pz over 65 con frattura di femore con tempo di permanenza in PS [Entrata- Uscita] inferiore a 4h/ N di pz over 65 con frattura di femore	15	> 90% [per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto. I dati dovranno essere inviati all'UOC Ospedalità Pubblica secondo calendario Agenas]	
5	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	5.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare Report)	
6	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	6.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	15	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
7	Riduzione tasso di ospedalizzazione gastroenterite pediatrica	7.1	Monitoraggio e verifica dell'applicazione da parte delle UU.OO.CC. di Medicina interna di criteri di appropriatezza condivisi fra UU.OO.CC. di Medicina interna e Dipartimento Salute della donna e del bambino per il ricovero dei pazienti con gastroenterite pediatrica ed eventuali interventi correttivi	10	Si (Allegare report)	
8	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	8.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare report)	
9	Formazione dei professionisti	9.1	N.° Medici e n.° Infermieri della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso partecipanti ai corsi di formazione relativi ai privileges organizzati dall'Assessorato alla Salute-CEFPAS / N.° Medici e n.° Infermieri della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso individuati per la partecipazione da CEFPAS	10	100% (Inviare via Mail all'indirizzo di posta elettronica uoqualita@asppalermo.org entro il 30 Novembre 2016)	
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

**OBIETTIVI BUDGET 2016****D.O. 3 - P.O. INGRASSIA DI PALERMO****DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO**

	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I	1.1	Esistenza di interventi di vigilanza sull'applicazione del decreto	10	Si (Allegare report)	
2	OBIETTIVO AGENAS 2: ESITI Sub2.3.1 Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di IMA STEMI	2.1	Esistenza di interventi di vigilanza sul raggiungimento degli obiettivi: a) N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati b) Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	Si (Allegare Report)	
3	OBIETTIVO AGENAS 2: ESITI SubOb2.4 Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	3.1	Esistenza di interventi di vigilanza sul raggiungimento dell'obiettivo: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	Si (Allegare Report)	
4	Obiettivo AGENAS: OBIETTIVO 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	4.1	Partecipazione al programma aziendale per il raggiungimento dell'obiettivo coordinato dall'UOC Programmazione e Organizzazione attività di cure primarie con individuazione delle criticità ed azioni correttive	10	Si (Allegare Report)	
5	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	5.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare report)	
6	Obiettivo AGENAS n. 8: PAC	6.1	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo AGENAS)	10	Si (Allegare documenti della realizzazione secondo indirizzi ed indicazioni aziendali e regionali)	
7	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	7.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori eccetto 11.1 e 12.1	

**OBIETTIVI BUDGET 2016**

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
8	Applicazione Decreto GURS n.24 del 21 maggio 2010	8.1	Verifica almeno 1 volta al mese dell'avvenuta comunicazione di disponibilità dei Posti Letto attivi di area critica, Rianimazione, Utic ed Utin individuate nel Decreto Assessoriale 30 aprile 2010-S.O. GURS n.24 del 21 maggio 2010, effettuata a mezzo fax alla Centrale Operativa del 118 nei seguenti orari: - ore 08, 00 - ore 14, 00 - ore 20, 00 - ore 03, 00	10	Si (Allegare documento con le verifiche effettuate)	
9	" Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	9.1	Approvvigionamento e fornitura delle carte di osservazione NEWS alle UU.OO. di degenze e PS: N di UU.OO cui sono state fornite le carte di osservazione NEWS / N. totale UU.OO destinatarie del percorso assistenziale NEWS	10	100%	
10	Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	10.1	N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti relativi al Piano anticorruzione da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
11	Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	11.1	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla Trasparenza/ N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti relativi al Piano sulla trasparenza	5	100%	
				totale PESO	100	

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

D.O. 3 - P.O. INGRASSIA DI PALERMO						
UOC MEDICINA INTERNA - UOS Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	10	Si (Allegare report)	
2	Applicazione della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	2.1	N. pazienti con scompenso cardiaco di stadio C per i quali si effettua dimissione facilitata con invio all'ambulatorio ospedaliero o all'ambulatorio territoriale secondo score 1-13 (<=8:amb. territoriale; >=13: amb. Ospedaliero; 9-12: discrezionale) / N. Pazienti con scompenso cardiaco classificati alla dimissione in stadio C secondo score 1-13 (Procedura PR029DIR01700 del 17/2/2016)	10	Si (Allegare Report)	
3	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	3.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Si (Allegare Report)	
4	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	4.1	N di pz over 65 con frattura di femore con tempo di permanenza in PS [Entrata- Uscita] inferiore a 4h/ N di pz over 65 con frattura di femore	10	Si (Allegare Report)	
		4.2	N. pazienti over 65 aa. con frattura di femore su cui si esegue valutazione multidimensionale geriatrico/internistica /N. pazienti over 65 aa. Con frattura di femore	10	Rilevazione	
5	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	5.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare Report)	
6	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	6,1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	10	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
7	Riduzione tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica	7.1	Definizione, condivisione con il Dipartimento salute donna e bambino e applicazione di criteri di appropriatezza per il ricovero dei pazienti con gastroenterite peditrica	10	Si (Allegare Report)	
8	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	8.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare Report)	
9	Formazione dei professionisti	9.1	N.° Medici e n.° Infermieri della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso partecipanti ai corsi di formazione relativi ai privileges organizzati dall'Assessorato alla Salute-CEFPAS / N.° Medici e n.° Infermieri della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso individuati per la partecipazione da CEFPAS	10	100% (Inviare via Mail all'indirizzo di posta elettronica uoqualita@asppalermo.org entro il 30 Novembre 2016)	
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

D.O. 3 - P.O. INGRASSIA DI PALERMO						
U.O.C. CARDIOLOGIA e UTIC						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif. Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	10	Si (Allegare report)	
2	Applicazione della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	2.1	N. pazienti con scompenso cardiaco di stadio C per i quali si effettua dimissione facilitata con invio all'ambulatorio ospedaliero o all'ambulatorio territoriale secondo score 1-13 (<=8: amb. territoriale; >=13: amb. Ospedaliero; 9-12: discrezionale) / N. Pazienti con scompenso cardiaco classificati alla dimissione in stadio C secondo score 1-13 (Procedura PR029DIR01700 del 17/2/2016)	10	Si (Allegare Report)	
3	Applicazione Decreto GURS n.24 del 21 maggio 2010	3.1	Comunicazione disponibilità dei Posti Letto attivi per UTIC (Decreto Assessoriale 30 aprile 2010-S.O. GURS n.24 del 21 maggio 2010) , inviata a mezzo fax alla Centrale Operativa del 118, Pronto Soccorso di Presidio e Direzione Sanitaria nei seguenti orari: - ore 08, 00 - ore 14, 00 - ore 20, 00 - ore 03, 00	10	Si (Allegare Report)	
4	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I	4.1	N. pazienti over 65 aa con frattura di femore su cui si esegue valutazione cardiologica entro il giorno successivo al ricovero /N. pazienti over 65 aa con frattura di femore	5	Si (Allegare Report)	
5	Obiettivo AGENAS Sub2.3.1 Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di IMA STEMI	5.1	N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	≥ 91% [per valori compresi tra 78% e 91% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (78%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
6	Obiettivo AGENAS Sub2.3.2 Proporzioni di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.	6.1	Proporzioni di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	10	> 91% [per valori compresi tra 78% e 91% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (78%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
7	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	7.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	10	Si (Allegare Report)	
8	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	8.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	5	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
9	Formazione dei professionisti	9.1	N.° Medici Cardiologi e n.° Infermieri (se previsti) partecipanti ai corsi di formazione relativi ai privilegi organizzati dall'Assessorato alla Salute-CEFPAS / N.° Medici Cardiologi e n.° Infermieri individuati per la partecipazione da CEFPAS	10	100% (Inviare via Mail all'indirizzo di posta elettronica uoqualita@asppalermo.org entro il 30 Novembre 2016)	
10	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	10.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Rilevazione	
11	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	11.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare Report)	
			totale PESO	100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

D.O. 3 - P.O. INGRASSIA DI PALERMO						
U.O.C. CHIRURGIA GENERALE						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	Si (Allegare report)	
2	Obiettivo AGENAS SubOb2.4 Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	2.1	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	3.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare Report)	
4	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	4.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	20	Si (Allegare Report)	
5	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	5.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	15	Rilevazione	
6	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	6.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	15	Si (Allegare Report)	
			totale PESO	100		

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

D.O. 3 - P.O. INGRASSIA DI PALERMO						
U.O.C. GERIATRIA - U.O.S. LUNGODEGENZA						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	20	Si (Allegare report)	
2	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	2.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare Report)	
3	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	3.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	15	Si (Allegare Report)	
4	Applicazione della procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	4.1	N. pazienti con scompenso cardiaco di stadio C per i quali si effettua dimissione facilitata con invio all'ambulatorio ospedaliero o all'ambulatorio territoriale secondo score 1-13 (<=8: amb. territoriale; >=13: amb. Ospedaliero; 9-12: discrezionale) / N. Pazienti con scompenso cardiaco classificati alla dimissione in stadio C secondo score 1-13 (Procedura PR029DIR01700 del 17/2/2016)	20	Si (Allegare Report)	
5	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	5.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	15	Rilevazione	
6	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	6.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	15	Si (Allegare Report)	
			totale PESO	100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

D.O. 3 - P.O. INGRASSIA DI PALERMO

U.O.C. ORTOPEDIA

	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Applicazione Standard Joint Commission International (rif.Standard: COP. 2.2; MMU.4.1, MMU 5.2, MMU 6.1)	1.1	Effettuazione di audit su pazienti dimessi da ricovero ordinario dal 1 al 15 luglio relativo alla verifica della presenza nella scheda unica di terapia dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale "Uso Farmaco in ospedale" (RE001DFA-01) al paragrafo 10 art. 3, con individuazione di criticità e azioni correttive	15	Si (Allegare report)	
2	Applicazione Decreto GURS 18/12/15 N.53 parte I Cura delle persone anziane con frattura di femore	2.1	Esistenza di report con la misurazione degli indicatori: 2; 3; 5; 6.3; 7; 8.1; 8.2; 8.3; 9.2; 9.3; 10 previsti nel Decreto	15	Si (Inviare report a Direzione medica di P.O. e UOC Ospedalità Pubblica secondo calendario incontri AGENAS)	
3	Obiettivo AGENAS SubOb 2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	3.1	N. Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	> 90% [per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	
4	Obiettivo AGENAS 6: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: a) Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (20%) b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (>= 5)	15	Si (Allegare Report)	
5	Obiettivo AGENAS n. 9: Piano Attuativo Aziendale	5.1	Eventuale partecipazione alla realizzazione delle attività previste dal PAA elaborato dall'Assessorato alla Salute	15	Si (Allegare report) in assenza di attività di competenza il peso verrà distribuito fra gli altri indicatori	
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	6.1	N. carte di osservazione NEWS compilate / N.carte di osservazione NEWS da compilare secondo quanto stabilito nel percorso assistenziale	10	Rilevazione	
7	Misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	7.1	Sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica secondo modalità prevista	10	Si (Allegare Report)	
			totale PESO	100		

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



OBIETTIVI BUDGET 2016

D.O. 3 - P.O. INGRASSIA DI PALERMO						
U.O.S. Gastroenterologia ed Endoscopia - Screening colon retto						
	OBIETTIVI		INDICATORE	PESO	V.A. 2016	V.R. 2016
1	Estensione dei programmi di screening del carcinoma del colon retto rispetto a utenti invitati e utenti testati	1.1	N. Utenti che hanno eseguito colonscopia / n. utenti con sof test positivo invitati, presentatisi ed eleggibili per l'indagine diagnostica	60	>=95%	
2	Assegnazione di job description al personale infermieristico	2.1	N. unità di personale infermieristico con assegnazione - revisione di job description / N. unità di personale infermieristico in servizio	40	>=90%	
			totale PESO	100		

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