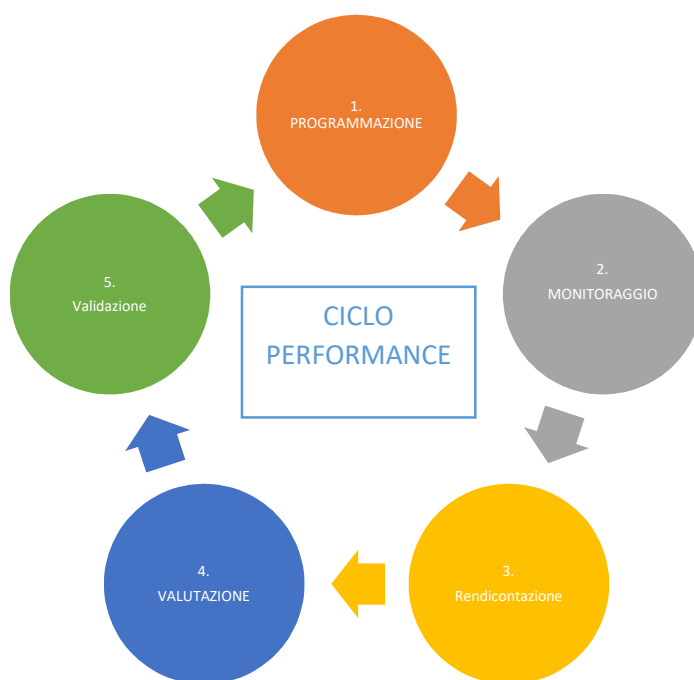

Relazione Performance Anno 2021

(Approvata ed adottata con Delibera n. 911 del 17/06/2022)



Elaborata dalla UOC Programmazione Controllo di Gestione

Allegato alla deliberazione n. 1025 del 07/07/2022 a seguito di parziale modifica ed integrazione per errata corrige



INDICE

1. PRESENTAZIONE	3
2. SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	5
2.1. EMERGENZA COVID	11
3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	14
3.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO	14
3.1.1. <i>Le dinamiche nazionali e regionali e le ripercussioni interne</i>	14
3.1.2. <i>La Popolazione nel territorio dell'ASP di Palermo</i>	16
3.1.3. <i>Elementi socio-economici ed epidemiologici</i>	19
3.2. L'AMMINISTRAZIONE: CENNI GENERALI SULL'ASP DI PALERMO	20
3.3. LE RISORSE UMANE	31
3.3.1. <i>ANALISI DI GENERE</i>	33
3.4. LE RISORSE FINANZIARIE	36
3.5. PARI OPPORTUNITÀ, BENESSERE ORGANIZZATIVO E LE ATTIVITÀ DEL CUG	40
3.6. LE ATTIVITÀ DELL'URP	42
4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	43
4.1. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023	43
4.2. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2021: OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI (TARGET 2021)	44
4.3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2021- OBIETTIVI ANNUALI 2021 PER STRUTTURA	78
4.4. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA.....	82
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	82
5.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	82
5.2. GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE	85
6. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....	86

ALLEGATO 1 - LE SCHEDE DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA PER STRUTTURA CON I RISULTATI

ALLEGATO 2 - LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE



1. PRESENTAZIONE

La relazione sulla Performance, prevista dal Decreto Legislativo n.150/09, è lo strumento attraverso il quale l’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo illustra in maniera esemplificativa a tutti gli utenti e gli stakeholder, i principali risultati di gestione conseguiti, le performance delle singole strutture ottenute nell’anno 2021 rispetto ai singoli obiettivi programmati (ed esplicitati sul “Piano della Performance 2021-2023”) e le risorse a disposizione, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

La relazione è disponibile e scaricabile sul sito web istituzionale dell’Azienda, come previsto dalla normativa (Decreto Legislativo n. 33/2013) in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata al primo livello “Amministrazione Trasparente” e al secondo livello “Performance”.

Il percorso delineato dal Decreto Legislativo n. 150/2009 che prevede l’attivazione di un ciclo generale di gestione della performance, al fine di consentire alle amministrazioni pubbliche di organizzare il proprio lavoro in un’ottica di miglioramento della prestazione e dei servizi resi, disegna un sistema nel quale gli attori del servizio sanitario sono impegnati a riaffermare la fiducia del cittadino nell’operato della Pubblica Amministrazione, e assegna alla Relazione sulla Performance la funzione strumentale di rappresentazione a consuntivo dei risultati organizzativi ed individuali raggiunti, rispetto agli obiettivi programmati. Il recente Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 (c.d. "Decreto Performance PA") attribuisce ancora maggior rilievo all’adozione di tale documento, stabilendo in mancanza ulteriori sanzioni.

La presente Relazione sulla Performance è stata redatta in conformità alle recenti “Linee guida per la Relazione annuale sulla performance” emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica cui la normativa attribuisce funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance. Sebbene dette linee guida si rivolgano ai ministeri, gli indirizzi metodologici e le indicazioni di carattere generale sono applicabili anche alle altre amministrazioni dello Stato, che vi si adeguano in sede di predisposizione e validazione delle rispettive Relazioni.

Le Linee guida, nell’innovare le modalità di redazione della Relazione sulla Performance, hanno enfatizzato la necessità di privilegiare la sinteticità, la chiarezza espositiva, la comprensibilità (anche facendo ampio ricorso a rappresentazioni grafiche e tabellari dei risultati per favorire una maggiore leggibilità delle informazioni) considerato che il documento è anche uno *strumento di accountability* attraverso il quale l’amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti.

Questa Relazione non può non fare conto dell’anomala situazione che si è venuta a creare per il perdurare della pandemia per Covid 19. La presenza del virus ha inevitabilmente “stravolto” tutta

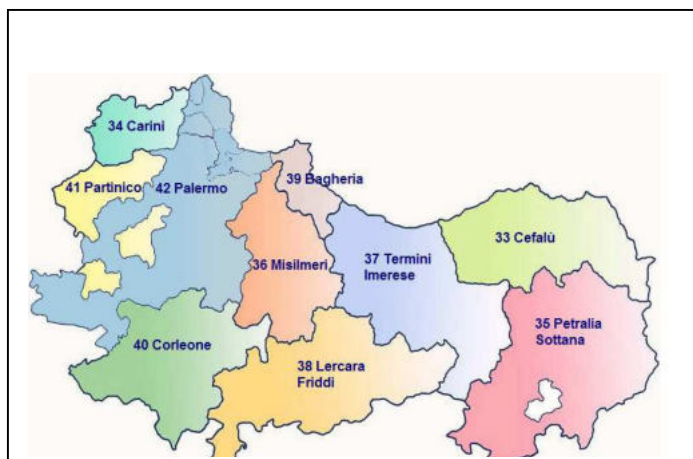


l'Organizzazione Aziendale e tutte le esigenze primarie di salute della popolazione, aggravando ulteriormente le condizioni già precarie di una fetta di popolazione cosiddetta "fragile".

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



2. SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI



UTENTI: 1.215.156 residenti nella provincia di Palermo e nelle isole di Lampedusa e Linosa

PERSONALE: 4.824 dipendenti a tempo indeterminato e determinato

RISORSE FINANZIARIE: € 2 MILIARDI circa

OSPEDALI: 6

DISTRETTI SANITARI: 10 per l'assistenza territoriale

**Alcuni risultati
del 2021**



SCREENING ONCOLOGICI
ASP PALERMO



Screening del cervicocarcinoma

Invitare la popolazione target	Anno 2020	100%	100%
	Anno 2021	100%	
Sottoporre a screening la popolazione target	Anno 2020	13.5%	50%
	Anno 2021	15% PAP 25% HPV	

Screening del tumore della mammella

Invitare la popolazione target	Anno 2020	100%	100%
	Anno 2021	100%	
Sottoporre a screening la popolazione target	Anno 2020	25%	60%
	Anno 2021	33%	

Screening del tumore del colon retto

Invitare la popolazione target	Anno 2020	0.7%	100%
	Anno 2021	100%	
Sottoporre a screening la popolazione target	Anno 2020	n.v	50%
	Anno 2021	26%	

Vaccinazioni

La copertura vaccinale	Anno 2020	Pneumococco 75.5%	Meningococco 74.21%	Morbillo 88.8%	Esavalente 85.6%	92- 95%
	Anno 2021	84%	74%	93%	87%	

Le vaccinazioni internazionali	Anno 2020	100/100=100%	100%
	Anno 2021	188/188=100%	



Verifiche su impianti e macchine

Le verifiche effettuate (rispetto alle richieste)	Anno 2020	Ascensori 1.037/1.300 83%	Imp."a terra" 136/160 85%	Gru 847/1.091 78%	75%
	Anno 2021	1.183/1.450 81%	163/200 81%	929/945 98%	

Verifiche riuniti odontoiatrici	Anno 2020	16/16=100%	100%
	Anno 2021	29/29=100%	



Salute mentale

Presenza in carico entro 5 giorni dei pazienti con primo episodio psicotico	Anno 2020	59/64=92%	90%
	Anno 2021	49/56=87%	

Individuazione pz. Con comorbidità psichiatrica e con comorbidità infettiva presso i SerT	Anno 2020	Comorbidità psich.802/802=100% Comorbidità infett.454/467=97.2%	100%
	Anno 2021	Comorbidità psich.500/500=100% Comorbidità infett.588/588=100%	



N. casi di violenza di genere rilevati dai colloqui sociali o psicologici nei consultori familiari	Anno 2020	n.casi di violenza di genere dai colloqui psicologici = 395/516 (77%) n.casi di violenza di genere dai colloqui sociali = 206/220 (94%)	60%
	Anno 2021	n.casi di violenza di genere dai colloqui psicologici = 493/647 (76%) n.casi di violenza di genere dai colloqui sociali = 265/307 (86%)	



Contenimento della spesa farmaceutica

Contenimento della spesa "contrasto all'Antibiotico-Resistenza"	Anno 2020	€ 7.889.944,75	SI
	Anno 2021	€ 7.586.322,13	



Apertura laboratori di analisi ospedalieri

Apertura pomeridiana per consegna referti utenti esterni	Anno 2020	Si	SI
	Anno 2021	Si	

Referti oncologici

Casi oncologici refertati entro 20 gg.	Anno 2020	666/666=100%	90%
	Anno 2021	561/565=99.2%	



Disabilità e non autosufficienza

N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2019	Anno 2020	16.171	+5% rispetto al dato medio 2017-2018
	Anno 2021	17.014	



Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero	Anno 2020	59.51%	60-94.3%
	Anno 2021	68.33%	

Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate

Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)	Anno 2020	24.41%	15-26%
	Anno 2021	27.46%	

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Anno 2020	79.07%	70-95.3%
	Anno 2021	89.02%	

Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI

Proporzione di STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro un intervallo temporale di 0-1 giorno	Anno 2020	96.58%	60-91.8%
	Anno 2021	94.44%	



2.1. EMERGENZA COVID

Anche l'anno 2021 è stato caratterizzato dalla "presenza" del Covid 19 che, vista la peculiarità della nostra Azienda, ha determinato non pochi disagi e problematiche. Ovviamente, le già esistenti criticità sono state acuite da esigenze eccezionali ed imprevedibili determinate dalla emergenza pandemica che ha generato un incremento del carico di lavoro da assolvere in tempi ristretti in aggiunta all'impegno e alle scadenze istituzionali ordinarie e durante la quale ci si è dovuti confrontare con una modalità di svolgimento della prestazione lavorativa del tutto nuova, quale quella relativa allo smart working. Pertanto, anche i risultati nell'anno 2021 sono da considerare conseguiti al massimo delle potenzialità delle risorse umane e degli strumenti disponibili.

L'Azienda ha attivato un servizio telefonico di aiuto psicologico rivolto a tutti i cittadini, alle persone in quarantena o in isolamento fiduciario e agli operatori delle strutture sanitarie direttamente impegnati nell'assistenza per l'emergenza covid (dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle 14).

Sono state anche aperte due strutture con 20 posti letto ciascuna, chiamate "Domicili protetti" a bassa intensità di cura destinate a pazienti covid positivi che necessitano di assistenza che non possono ricevere al proprio domicilio. Queste strutture si aggiungono al già esistente Covid Hotel San Paolo dotato di 150 posti letto.

In linea con le misure attuate dall'ASP di Palermo per far fronte all'emergenza pandemica, anche il Servizio Sociale si è posto diverse questioni chiave riguardo al proprio ruolo professionale, con l'intento di contribuire a contenere/contrastare i fenomeni connessi a tale situazione emergenziale. Partendo dall'analisi dei bisogni più immediatamente rilevabili, sia direttamente che attraverso il raccordo con i colleghi che operano nei diversi Servizi aziendali, sono emerse alcune evidenze: in primis la rilevazione di riduzione degli accessi, in area di emergenza, di casi riferibili ad atti di violenza e violenza domestica, la segnalazione di rischio di allontanamento arbitrario di soggetti minori e maggiorenni sottoposti a misure dell'Autorità Giudiziaria, ospiti in strutture del Distretto di Palermo.

La risposta è stata immediata attraverso le seguenti attività:

- 1) Questo numero è per Te

Il Servizio Sociale, in raccordo con il Centro Armonia, ha predisposto l'attivazione di un Servizio denominato "Questo numero è per Te", specificatamente rivolto alle donne vittime di violenza, le quali, nel periodo di emergenza sanitaria, hanno vissuto particolari condizioni quali, la convivenza forzata, l'instabilità socio-economica ed altre situazioni che hanno fatto registrare da un lato l'incremento dei rischi di violenza e contestualmente la maggiore difficoltà nel recarsi presso le strutture sanitarie di riferimento. Così tramite specifici recapiti dedicati della ASP (Numero verde, indirizzo mail, numero cellulare, messaggi



whatsapp,...) si è realizzata la concreta possibilità “alternativa” di contattare direttamente le strutture sanitarie specializzate per tali problematiche, ricevendo un supporto di ascolto, informazione e qualsiasi altro intervento specifico richiesto dal singolo caso. Per dare la massima informazione del servizio “Questo numero è per Te”, è stata richiesta la collaborazione di Confcommercio che ha coinvolto gli esercizi commerciali al momento aperti quali supermercati, farmacie, edicole e tabacchi, negozi, telefonia, librerie banche , uffici postali. L’attività, avviata dalla metà dello scorso mese di maggio, ha registrato un incremento del 20% rispetto alle chiamate che afferivano al Numero Verde dedicato.

2) Attivazione “Procedura” per richiesta supporto psico-sociale

Il Servizio Sociale, venuto a conoscenza del disagio segnalato dal Procuratore per i minorenni del Tribunale di Palermo circa il rischio di allontanamento arbitrario di soggetti minori e maggiorenni sottoposti a misure dell’Autorità Giudiziaria, si è adoperato anche con i consultori aziendali, predisponendo una procedura ad hoc per far fronte, per quanto possibile, a tale circostanza scaturita dall’eccezionalità della situazione emergenziale, nonché ai bisogni delle comunità ospitanti gli stessi minori. Nello specifico, è stata definita una modalità a distanza per supportare le predette persone minorenni/maggiorenni e gli operatori delle rispettive comunità che insistono sul territorio cittadino di Palermo, mettendo a disposizione un indirizzo mail dedicato, attraverso cui richiedere l’intervento che, successivamente, viene riscontrato opportunamente da equipe specialistica. Tale attività è stata caratterizzata da circa 200 chiamate, riguardanti il 40% soggetti minori, ospiti presso strutture di accoglienza.

3) Attività di umanizzazione in ospedale, in emergenza Covid 19 – Proposta intervento “Volo.....da Te”

Il Servizio Sociale , in accordo con il Direttore Sanitario di Presidio, in considerazione della necessità di relazionare specie per la situazione legata alla pandemia, ha proposto una specifica attività di umanizzazione destinata ai pazienti dei presidi ospedalieri del territorio cittadino “Ingrassia” e “Villa delle Ginestre”, ai quali assicurare le prestazioni urgenti e indifferibili, con la collaborazione del volontariato dell’Avulss, che ha espresso formale disponibilità allo stesso intervento in modalità a distanza, attraverso il contatto telefonico rendendo possibile per i pazienti una compagnia a distanza per una conversazione, la lettura di un giornale,... ovvero per accogliere e soddisfare specifiche richieste, quali piccole commissioni o altro.

4) Attività di umanizzazione al percorso nascita: “Vivere la nascita al tempo del Covid”

Il Servizio Sociale, tenendo conto che l’attuale emergenza sanitaria solleva problematiche anche relativamente all’organizzazione della rete perinatale e in particolare alla presenza della figura del papà prima e durante il parto, ha elaborato una proposta progettuale da realizzare presso i reparti di ostetricia e ginecologia dei presidi ospedalieri aziendali, in favore dell’accompagnamento al parto, rivolto ai genitori del



nascituro, quali destinatari diretti, alle famiglie di origine e/o altre figure di riferimento, quali destinatari indiretti, nonché ai nuovi nati che in futuro potranno godere del racconto della propria nascita. Gli obiettivi si intendono perseguire attraverso la realizzazione di un sistema di telecamere a circuito chiuso e la predisposizione di una stanza riservata, dotata della strumentazione necessaria per consentire ai familiari di assistere e interagire con la partoriente durante tutto il percorso, dal travaglio alla nascita. A tal proposito, tra le diverse attività individuate per lo sviluppo del progetto, è stato predisposto il modulo inerente la liberatoria per la trasmissione delle immagini.

Infine è da sottolineare che la restrizione dell'accesso ai servizi di ricovero, ambulatoriali e di screening, non urgenti o differibili, causata dalla ingravescente diffusione dell'epidemia da Virus SARS COV 2, ha determinato un eccessivo allungamento delle liste di attesa, compromettendo le prognosi dei pazienti affetti da patologie non COVID 19, e determinando un grave peggioramento dei principali indicatori di esito, costituendo una grave minaccia per il SSR. Per tale motivo, nonostante l'attuale recrudescenza del quadro epidemico, il recupero delle prestazioni non erogate ed appropriate rappresenta una priorità di salute pubblica che richiede l'individuazione di nuove strategie e l'attivazione di misure straordinarie, da integrare agli interventi già previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019 - 2021, ferma restando l'assoluta necessità di dover continuare a garantire, nel piano emergenziale di rimodulazione dell'offerta, la rigorosa applicazione di tutte le misure di prevenzione e controllo SARS-COV-2 previste dalle norme nazionali e regionali.

L'Azienda, tramite la UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia, ha migliorato l'offerta sanitaria tramite alcune attività extra istituzionali come:

- Aperture straordinarie dei Consultori Familiari per il recupero delle Liste d'attesa;
- Partecipazione degli operatori consultori agli "open day" itineranti e ad altre iniziative come, per esempio, le "Domeniche in Favorita";
- Apertura di un ambulatorio dedicato alla contraccezione meccanica (IUD) presso il P.O.Ingrassia.

Inoltre, tramite la UOSD "Cura della fragilità genitoriale e dei traumi da abuso e maltrattamento", sono state incentivate altre attività legate all'abuso e al maltrattamento dei minori in ambito familiare e alla violenza di genere collaborando con l'Autorità Giudiziaria.



3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

3.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

3.1.1. LE DINAMICHE NAZIONALI E REGIONALI E LE RIPERCUSSIONI INTERNE

Il contesto esterno di riferimento nel settore sanità è stato ben delineato dal Rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) 2021 del quale si riportano di seguito sinteticamente alcune analisi.

La pandemia da Covid 19 ha impresso un' accelerazione fortissima ai cambiamenti del nostro SSN che ha vissuto, in soli due anni, e oggi ha davanti a sé i potenziali investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che possono rappresentare un trampolino di lancio per il futuro . Si intravede però una “quinta epoca” che, probabilmente, sarà contraddistinta da una nuova austerità, con una spesa sanitaria corrente che non crescerà significativamente. La questione cruciale è se dopo questa importante fase di lotta al covid, segnata da grandi cambiamenti e da mesi di riflessioni, sia ancora possibile immaginare una stagione di controllo della spesa basata prevalentemente su razionamenti, o se invece finalmente la logica sia quella della razionalizzazione.

Il SSN è entrato nella pandemia quando era ancora nell'epoca del contenimento della spesa (“prima epoca”). Nella “seconda epoca” , avviata a marzo 2020 e conclusasi nei primi mesi del 2021, quando cioè il contrasto alla pandemia è diventato l'obiettivo totalizzante , i vincoli di spesa sono saltati, tanto che nel 2020 la spesa sanitaria è aumentata di circa 6 miliardi di euro ed il sistema ha scoperto doti di flessibilità fino ad allora inesplorate. In questa fase c'è stata anche una forte oscillazione della percentuale di posti letto dedicati al covid passando dal 5% fino all'80%. La flessibilità ha riguardato anche i profili del personale reclutato, con il consistente impiego dei medici pensionati e medici non specializzati; le forme contrattuali, con una prevalenza di tempo determinato e libera professione; le modalità organizzative, con ad esempio, la costituzione delle USCA.

La progressiva trasformazione del Covid 19 da emergenza in situazione endemica e sufficientemente controllata ha condotto alla “terza epoca” , provocando la diminuzione della pressione ospedaliera e subentrando l'esigenza di recuperare l'enorme ritardo accumulato nella produzione di servizi per pazienti non Covid, in ogni ambito. L'endemizzazione del virus era stata sperimentata già tra giugno e settembre 2020, tuttavia, si è concretizzata solo dopo l'esaurimento della seconda e terza ondata epidemica, a fine primavera 2021, in parallelo con il consolidarsi della campagna vaccinale (ricordiamo che la campagna vaccinale ha impedito alla quarta ondata, che si è verificata a fine anno 2021, di abbattersi sul sistema e



metterlo in crisi, dal momento che, pur in presenza di un aumento dei contagi, nella maggior parte dei casi si tratta di forme lievi della malattia).

Infine, la “quarta epoca” , in pieno svolgimento, è quella della costruzione del portafoglio di progetti finanziabili con il PNRR. Un lavoro proiettato soprattutto sul futuro con la prospettiva di impattare sui servizi realmente erogati a 3-5 anni. Questi riguardano un ampio spettro: dall’ospedale al territorio, alla ricerca, e allo stesso tempo anche ad edifici, apparecchiature, sistemi informativi e tecnologie.

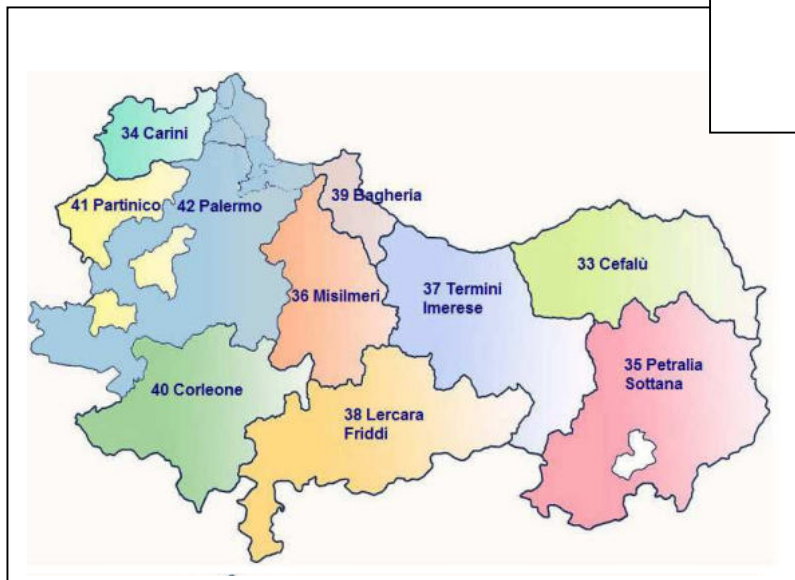
In conclusione:

- ✓ Il SSN è passato di emergenza in emergenza, reagendo con impegno e risultati (più o meno) positivi alle priorità contingenti: risanamento, pandemia, recupero liste d’attesa, vaccinazioni, etc.;
- ✓ Nel frattempo, rapidamente e silenziosamente, la domanda epidemiologica “ordinaria” cresce e cambia (più cronicità, fragilità, disturbi mentali, etc.);
- ✓ La struttura dell’offerta si è evoluta lentamente negli anni, a seguito di una programmazione sanitaria spesso poco incisiva, perché non percepita come prioritaria;
- ✓ Per la prima volta, con il PNRR, l’emergenza è proprio la programmazione, la pianificazione degli investimenti: un’occasione da non perdere!



3.1.2. LA POPOLAZIONE NEL TERRITORIO DELL'ASP DI PALERMO

La popolazione residente che fa capo all'ASP di Palermo è complessivamente pari a 1.215.156 (dato Istat 1.1.2021) di cui 6.337 residenti nelle isole Pelagie di Lampedusa e Linosa e la rimanente parte, pari a 1.208.819 (divisi in 583.560 maschi e 625.259 femmine) tutta popolazione residente a Palermo e Provincia, distribuita in 82 Comuni e 10 Distretti Sanitari.



POPOLAZIONE ALL' 01.01.2021 (Fonte: dati ISTAT)

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Alia	1.602	1.777	3.379
Alimena	862	946	1.808
Aliminusa	568	539	1.107
Altavilla Milicia	4.135	4.172	8.307
Altofonte	4.771	5.078	9.849
Bagheria	25.797	27.228	53.025
Balestrate	2.925	3.235	6.160
Baucina	919	923	1.842
Belmonte Mezzagno	5.382	5.523	10.905
Bisacchino	2.048	2.155	4.203
Bolognetta	2.007	2.035	4.042
Bompietro	585	665	1.250
Borgetto	3.486	3.583	7.069
Caccamo	3.857	3.970	7.827
Caltavuturo	1.778	1.885	3.663
Campofelice di Fitalia	242	231	473
Campofelice di Roccella	3.722	3.789	7.511
Campofiorito	575	606	1.181
Camporeale	1.487	1.542	3.029
Capaci	5.528	5.755	11.283
Carini	19.042	19.363	38.405
Castelbuono	4.031	4.225	8.256
Casteldaccia	5.697	5.889	11.586
Castellana Sicula	1.459	1.642	3.101
Castronovo di Sicilia	1.389	1.491	2.880
Cefalà Diana	500	495	995
Cefalù	6.742	7.135	13.877
Cerda	2.457	2.522	4.979
Chiusa Sclafani	1.226	1.385	2.611
Ciminna	1.678	1.807	3.485
Cinisi	5.790	6.037	11.827
Collesano	1.809	1.963	3.772
Contessa Entellina	756	780	1.536
Corleone	5.180	5.400	10.580
Ficarazzi	6.250	6.518	12.768
Gangi	3.021	3.264	6.285
Geraci Siculo	863	905	1.768
Giardinello	1.128	1.139	2.267
Giuliana	868	862	1.730
Godrano	540	547	1.087
Gratteri	437	450	887

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Isnello	660	708	1.368
Isola delle Femmine	3.488	3.538	7.026
Lascari	1.768	1.888	3.656
Lercara Friddi	2.993	3.347	6.340
Marineo	3.102	3.185	6.287
Mezzojuso	1.336	1.377	2.713
Misilmeri	14.147	14.442	28.589
Monreale	18.782	19.444	38.226
Monte Iepre	2.820	3.024	5.844
Montemaggiore Belsito	1.437	1.592	3.029
Palazzo Adriano	872	991	1.863
Palermo	303.848	334.037	637.885
Partinico	15.182	15.439	30.621
Petralia Soprana	1.494	1.552	3.046
Petralia Sottana	1.177	1.328	2.505
Piana degli Albanesi	2.806	2.852	5.658
Polizzi Generosa	1.445	1.571	3.016
Pollina	1.387	1.440	2.827
Prizzi	2.067	2.275	4.342
Rocca mena	660	728	1.388
Roccapalumba	1.114	1.184	2.298
San Cipirrello	2.462	2.588	5.050
San Giuseppe Jato	4.029	4.179	8.208
San Mauro Castelverde	706	709	1.415
Santa Cristina Gela	499	489	988
Santa Flavia	5.319	5.560	10.879
Sciara	1.252	1.299	2.551
Sclafani Bagni	185	203	388
Termini Imerese	12.282	12.891	25.173
Terrasini	6.182	6.301	12.483
Torretta	2.057	2.116	4.173
Trabia	5.201	5.078	10.279
Trappeto	1.485	1.502	2.987
Ustica	641	630	1.271
Valledolmo	1.586	1.701	3.287
Ventimiglia di Sicilia	900	925	1.825
Vicari	1.186	1.298	2.484
Villabate	9.590	9.978	19.568
Villafrati	1.544	1.598	3.142
Scillato	295	332	627
Blufi	435	484	919
TOTALE	583.560	625.259	1.208.819

Lampedusa e Linosa	3.301	3.036	6.337
--------------------	-------	-------	-------

Distribuzione della Popolazione residente al 01.01.2019 per Comuni/Distretti (FONTE: DATI ISTAT)

Distretto 33	Campofelice di Roccella	Castelbuono	Cefalù	Collesano	Gratteri	Isnello	Lascari	Pollina	San Mauro Castelverde	Totale
	7.511	8.256	13.877	3.772	887	1.368	3.656	2.827	1.415	43.569

Distretto 34	Capaci	Carini	Cinisi	Isola delle Femm.	Terrasini	Torretta	Totale
	11.283	38.405	11.827	7.026	12.483	4.173	85.197

Distretto 35	Castellana Sicula	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Gangi	Geraci Siculo	Alimena	Blufi	Bompietro	Polizzi Generosa	Totale
	3.101	3.046	2.505	6.285	1.768	1.808	919	1.250	3.016	23.698

Distretto 36	Baucina	Bolognetta	Campofelice di Fitalia	Cefalà Diana	Ciminna	Godrano	Marineo	Mezzojuso	Misilmeri	Ventimiglia di Sicilia	Villafrati	Totale
	1.842	4.042	473	995	3.485	1.087	6.287	2.713	28.589	1.825	3.142	54.480

Distretto 37	Aliminusa	Caccamo	Caltavuturo	Cerda	Montemaggiore Bels.	Sciara	Scillato	Sclafani Bagni	Termini Imerese	Trabia	Totale
	1.107	7.827	3.663	4.979	3.029	2.551	627	388	25.173	10.279	59.623

Distretto 38	Alia	Castronovo di Sicilia	Lercara Friddi	Palazzo Adriano	Prizzi	Roccapietra	Valledolmo	Vicari	Totale
	3.379	2.880	6.340	1.863	4.342	2.298	3.287	2.484	26.873

Distretto 39	Altavilla Milicia	Bagheria	Casteldaccia	Ficarazzi	Santa Flavia	Totale
	8.307	53.025	11.586	12.768	10.879	96.565

Distretto 40	Bisacquino	Campoflorito	Chiusa Sclafani	Contessa Entellina	Corleone	Giuliana	Roccamena	Totale
	4.203	1.181	2.611	1.536	10.580	1.730	1.388	23.229



Distretto 41	Balestrate	Borgetto	Campo- reale	Giardinello	Montelepre	Partinico	San Cipirello	San Giuseppe Jato	Totale
		6.160	7.069	3.029	2.267	5.844	30.621	5.050	8.208

Distretto 42	Palermo	Altofonte	Belmonte Mezzagno	Monreale	Piana degli Albanesi	Santa Cristina Gela	Trappeto	Ustica	Villabate	Lampedusa e Linosa	Totale
		637.885	9.849	10.905	38.226	5.658	988	2.987	1.271	19.568	6.337

3.1.3. ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI ED EPIDEMIOLOGICI

Il Rapporto Osservasalute, come ogni anno, fornisce numerosi indicatori che descrivono in maniera minuziosa lo stato del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sia dal lato della spesa e dell'organizzazione del sistema, sia dal lato della performance, in termini di salute e prevenzione.

Uno studio a livello europeo, ricorda un altro punto chiave: una volta superata la fase emergenziale, i bisogni di salute, dettati dai cambiamenti demografici ed epidemiologici, continueranno ad evolvere secondo lo stesso trend mostrato negli ultimi anni. Per esempio, l'Istat stima che nel 2040 la popolazione over 65 anni in Italia raggiungerà i 19 milioni, cioè un italiano su tre. Quindi avremo i problemi di cronicità, non-autosufficienza, riabilitazione e pazienti fragili. Ecco, come abbiamo già detto, la soluzione non dovrà essere quella dei "razionamenti" ma della "razionalizzazione" e cioè sostituire i tagli con processi profondi di riallocazione, riorganizzazione del lavoro e ridisegno delle forme dei servizi.

Senza dimenticare che, a differenza di altri Paesi europei, la componente privata della spesa sanitaria è prevalentemente *out of pocket* (il 23% della spesa totale), mentre è ancora marginale il ricorso a forme di intermediazione, rappresentate ad esempio dai fondi sanitari integrativi.

Anche quest'ultima considerazione fa sì che si confermano le disuguaglianze territoriali riscontrate in passato, con le regioni del Mezzogiorno più svantaggiate di quelle del resto del Paese. La dimensione della cronicità è in costante e progressiva crescita, con conseguente impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali. L'aumento di questo fenomeno è connesso a differenti fattori, tra i quali il progresso delle cure, il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, l'innalzamento dell'età media e la disponibilità di nuove terapie farmacologiche. L'efficacia del sistema sanitario rispetto alla cura e alla prevenzione delle neoplasie è andata sicuramente migliorando, come dimostrano i dati sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici. I



progressi nella prevenzione primaria emergono chiaramente nel caso del tumore polmonare, per il quale il carico sanitario della patologia è in sensibile diminuzione da anni negli uomini, grazie alla forte riduzione della prevalenza di fumatori che rappresenta un grande successo delle normative anti-fumo (tra le più avanzate in Europa). Per quanto riguarda i tumori oggetto di programmi di screening organizzato quest'anno hanno avuto un miglioramento rispetto all'anno precedente ma sempre condizionato dalla presenza del Covid che non ha permesso la regolare attività di screening.

Per concludere occorre che il cittadino ritorni ad occuparsi della propria salute, prevenendo determinate malattie, seguendo un programma sanitario per alcune patologie senza dimenticare di usare le giuste precauzioni nei riguardi del possibile contagio da Covid.

L'Azienda, tramite la UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia, ha migliorato l'offerta sanitaria tramite alcune attività extra istituzionali come:

- Aperture straordinarie dei Consultori Familiari per il recupero delle Liste d'attesa;
- Partecipazione degli operatori consultori agli "open day" itineranti e ad altre iniziative come, per esempio, le "Domeniche in Favorita";
- Apertura di un ambulatorio dedicato alla contraccezione meccanica (IUD) presso il P.O.Ingrassia.

Inoltre, tramite la UOSD "Cura della fragilità genitoriale e dei traumi da abuso e maltrattamento", sono state incentivate altre attività legate all'abuso e al maltrattamento dei minori in ambito familiare e alla violenza di genere collaborando con l'Autorità Giudiziaria.

3.2. L'AMMINISTRAZIONE: CENNI GENERALI SULL'ASP DI PALERMO

L'ASP di Palermo è stata istituita a settembre 2009 con la legge regionale n.5/09 ed ha la sede legale in via G. Cusmano, 24 a Palermo.

A seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale (delibera n.81 del 21/01/2020) approvato dall'Assessorato della Salute con DA n. 512 del 10/06/20 e della elaborazione della nuova dotazione organica (in corso di approvazione) è in atto in Azienda un processo di configurazione organizzativa in coerenza con le previsioni del D.M. n.70/2015 ed al disegno tracciato nella rete ospedaliera regionale dal Decreto n.22 del 2019 per una continua integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali.



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

In particolare, sul versante dell'Area ospedaliera, tutte le UU.OO. ospedaliere sono inquadrare in un Dipartimento. Infatti la creazione del Dipartimento di Medicina, di Chirurgia, di Riabilitazione, e la rifunzionalizzazione dell'Anestesia (che include tutta l'area dell'emergenza - urgenza) ha come scopo prioritario quello di costituire degli ambiti clinico – gestionali che garantiscano uniformità di metodiche, procedure e percorsi diagnostico – terapeutici non solo nell'ambito ospedaliero e territoriale di questa Azienda, ma anche in settori di competenza delle altre Aziende Sanitarie dell'area metropolitana.

La definizione di ambiti operativi interaziendali per l'area della Medicina Riabilitativa, del Farmaceutico, della Diagnostica di Laboratorio, parte dalla constatazione che l'ASP di Palermo in quanto committente di tutta l'area metropolitana non può che diventare promotrice attiva per ridurre la frammentarietà delle reti ospedaliere in ambito provinciale, che per quanto codificate, non sono ancora operanti in stretto collegamento con il territorio.

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

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

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

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

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

In tal senso è da leggersi la scelta di trasformare molte Unità Operative Semplici in funzioni, non nel senso di un arretramento delle responsabilità, ma al contrario, per assicurare quelle dinamiche di



collegamento cliente – fornitore in cui il sistema di aspettative possa essere immediatamente praticabile e quindi costantemente valutato dagli attori coinvolti nel processo.

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

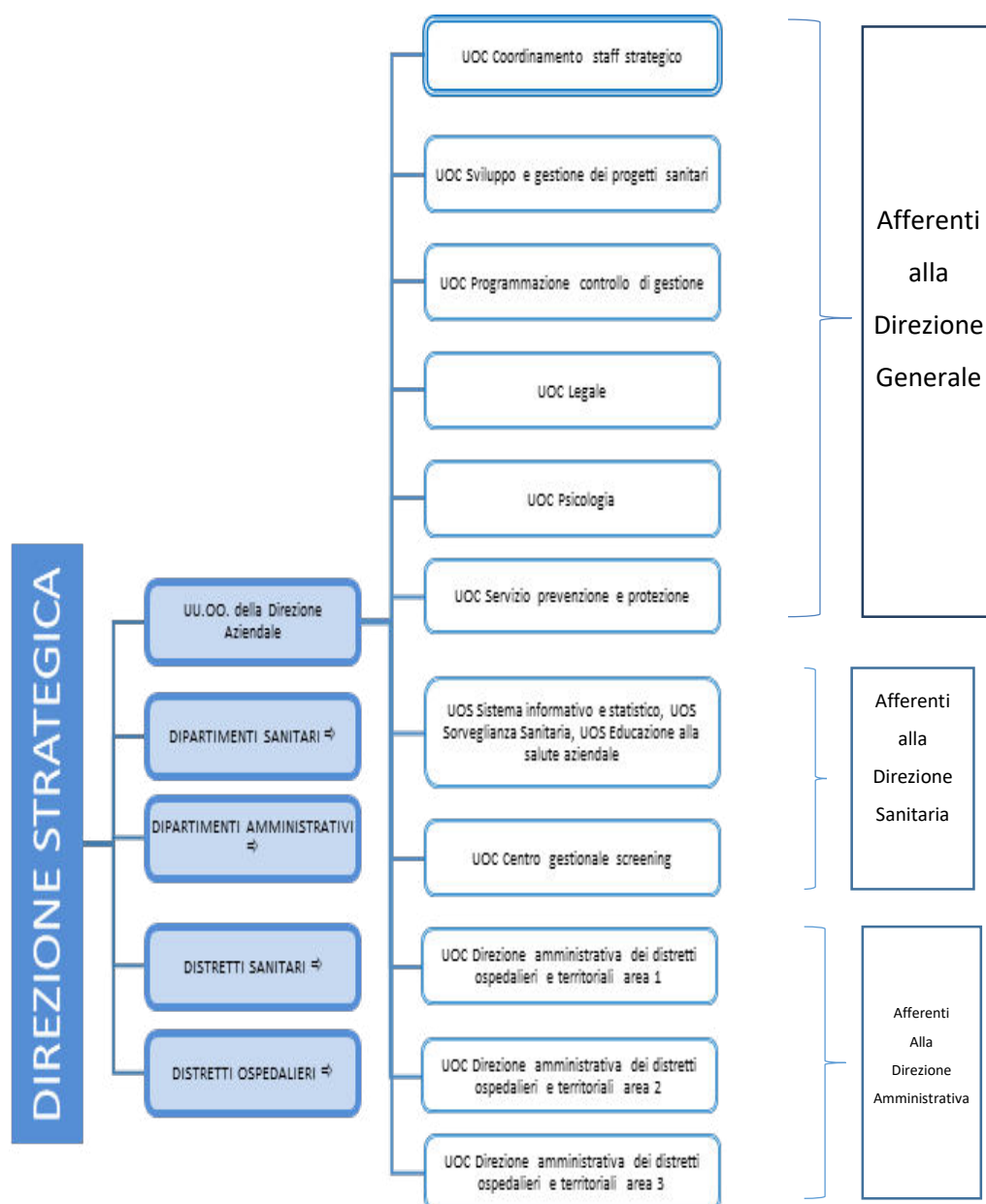
Un'attenzione particolare è stata rivolta alla rivalorizzazione della rete dei consultori in quanto nucleo di offerta sanitaria pubblica più vicino alle famiglie, e come organizzazione capillare aziendale, in grado di rilanciare le campagne di prevenzione (screening oncologici) di sostegno alle attività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

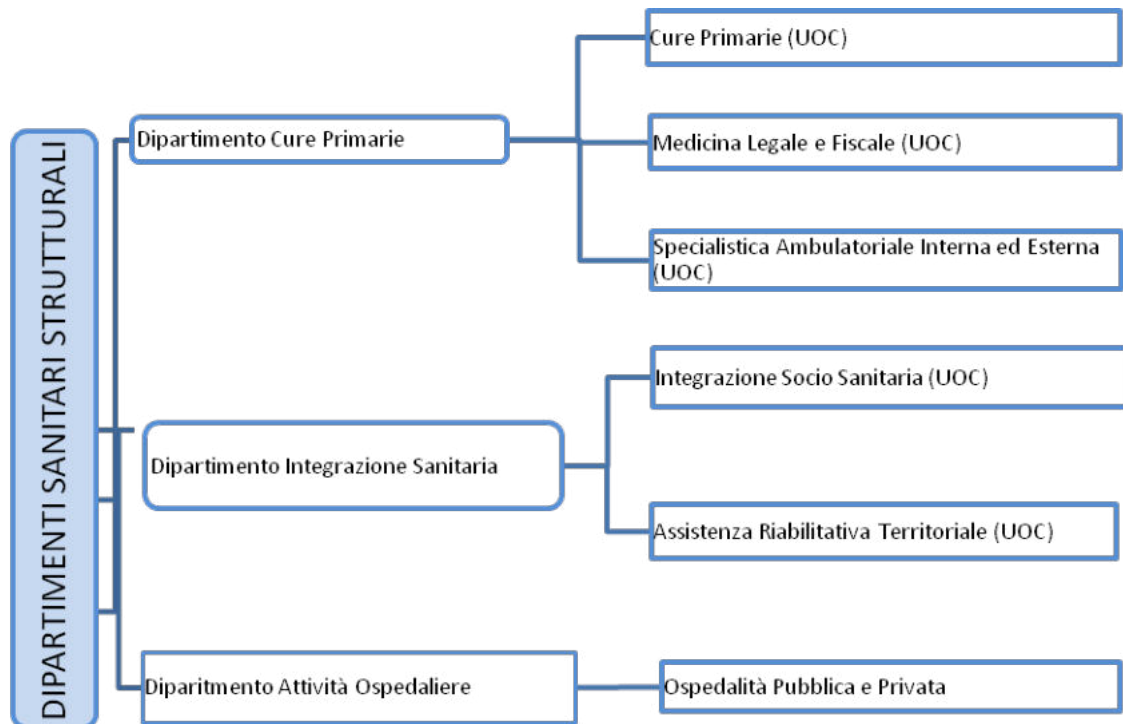
Allo stesso modo, in conformità al Programma regionale unitario per l'autismo (D.A. 11 giugno 2019) -applicazione delle linee guida regionali (D.A. 1 febbraio 2007), l'istituzione della UOC dei Disturbi dello Spettro Autistico ha come scopo quello di promuovere una rete integrata di servizi secondo un modello organizzativo che coniughi l'unitarietà di programmazione, l'omogeneità delle prestazioni e la continuità della presa in carico, con il decentramento distrettuale e la forte integrazione sociosanitaria.

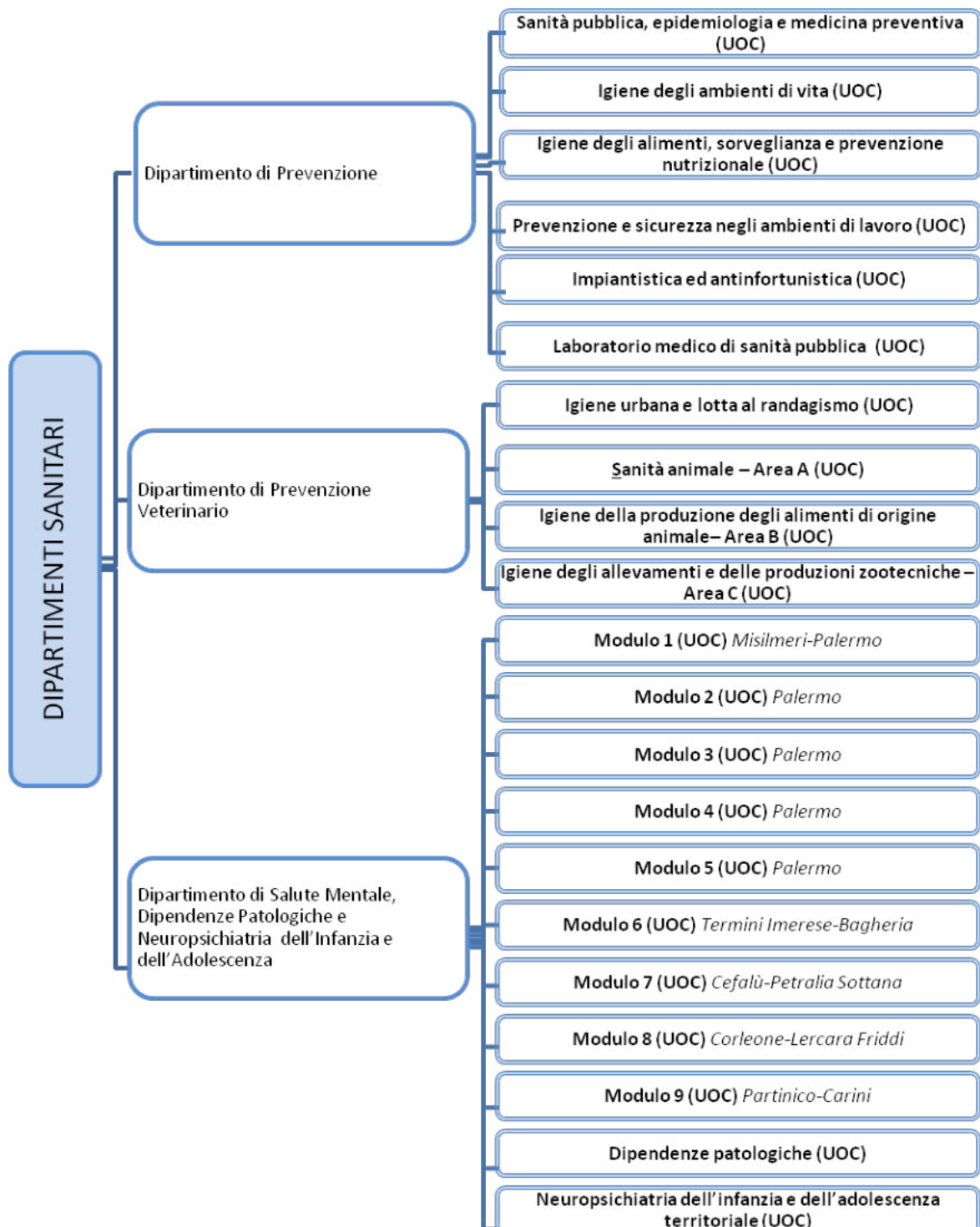
Nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) metropolitani sono stati infine creati dei “poli” con differenziazione delle aree specialistiche di oculistica, cardiologia, pneumologia, oncologia e diagnostica ecografica, in cui concentrare e sviluppare competenze e tecnologie per garantire risposte più efficienti ai cittadini e ridurre i tempi di attesa. Il progetto muove dalla considerazione che le prestazioni rese in ambito territoriale con expertise qualificato, possa essere poste in intima correlazione con l'organizzazione ospedaliera di base per assicurare celerità nella presa in carico di patologie diffuse e per le quali, in atto, il cittadino ha difficoltà ad accedere alle cure oltre che alla attività diagnostica necessaria e per cui alla fine è sovente costretto a rivolgersi ad un pronto soccorso.

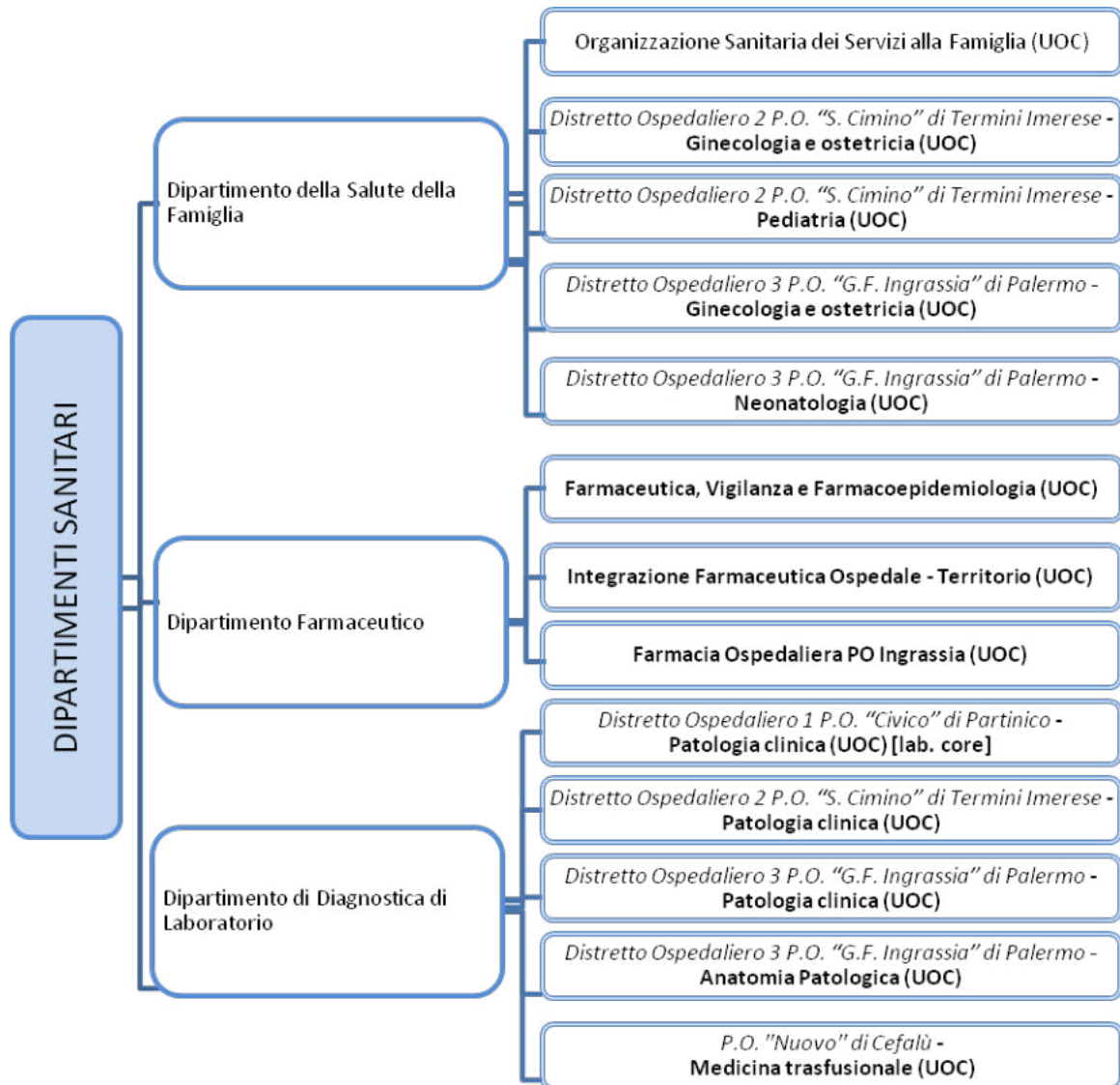
La struttura organizzativa dell'ASP di Palermo nel 2021 è quella che viene riportate negli schemi di seguito raffigurati :

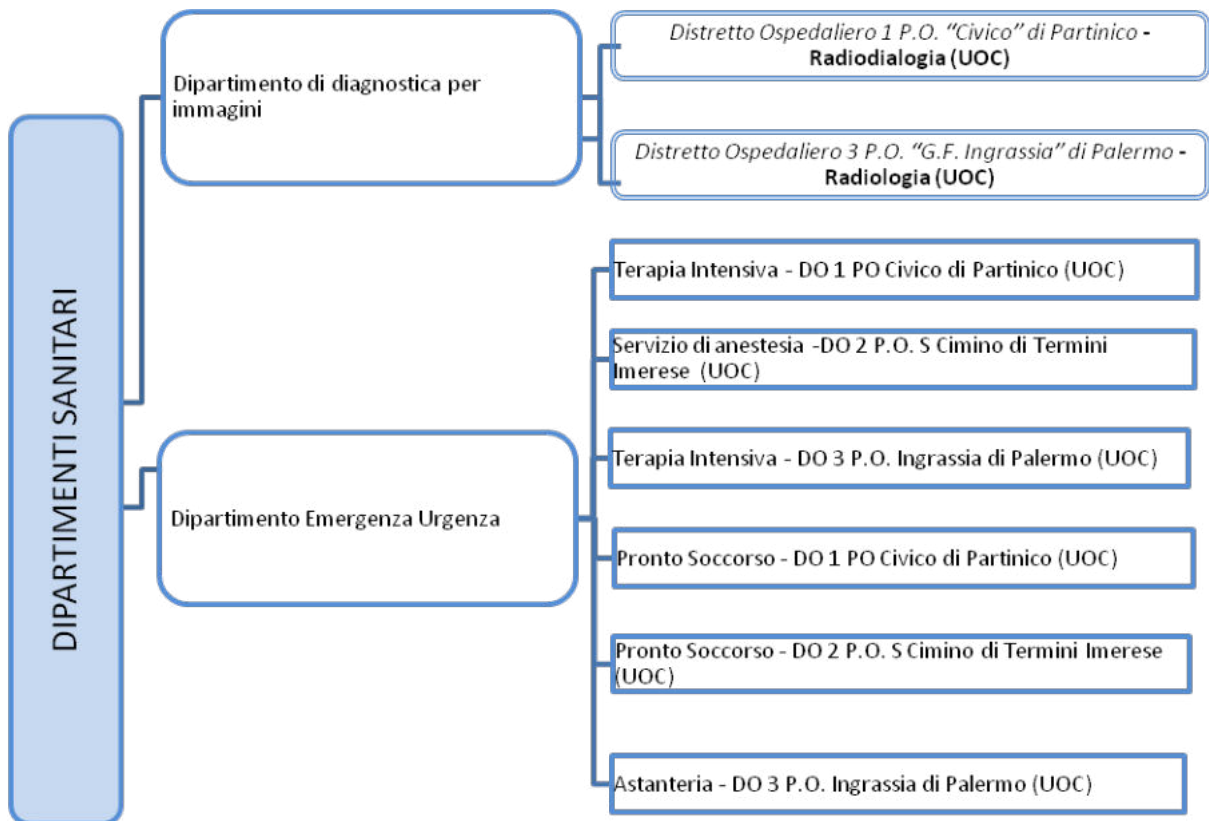
Organigramma (macrostrutture e UOC)



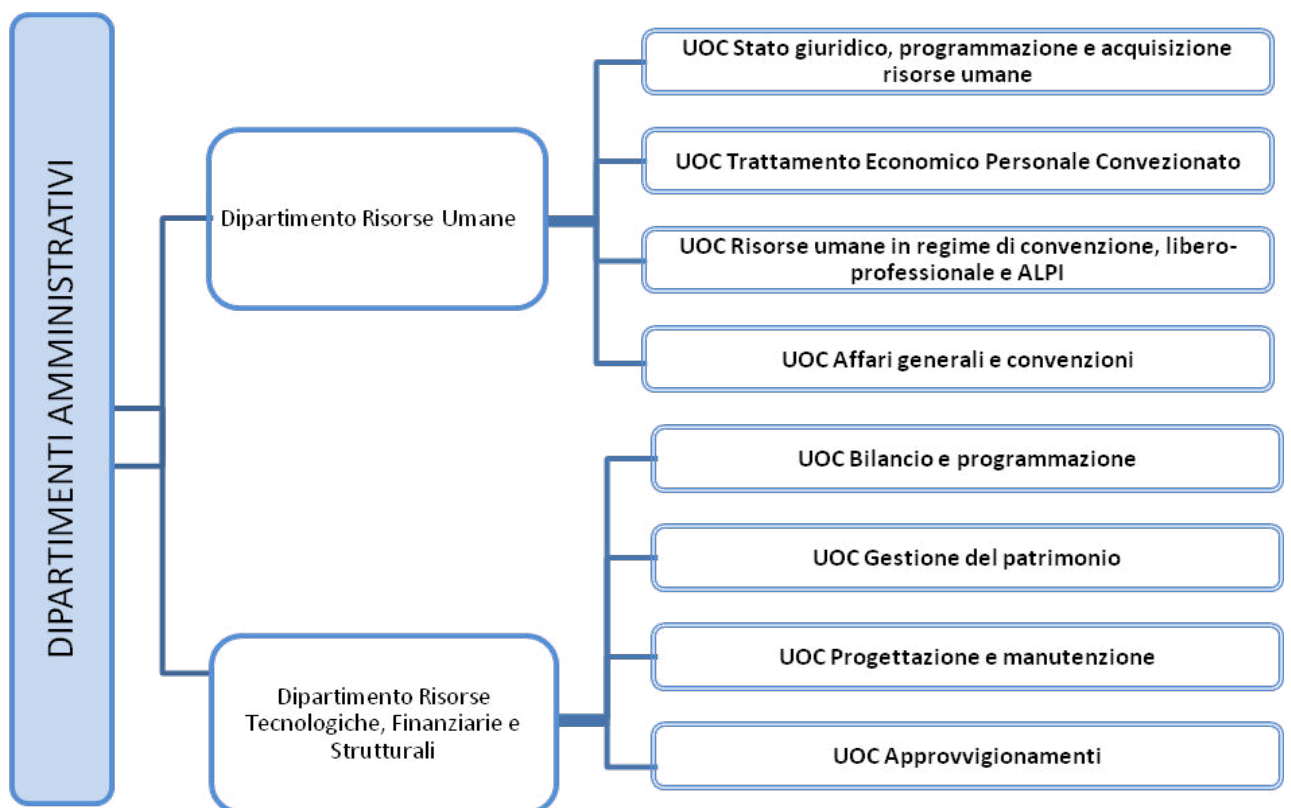




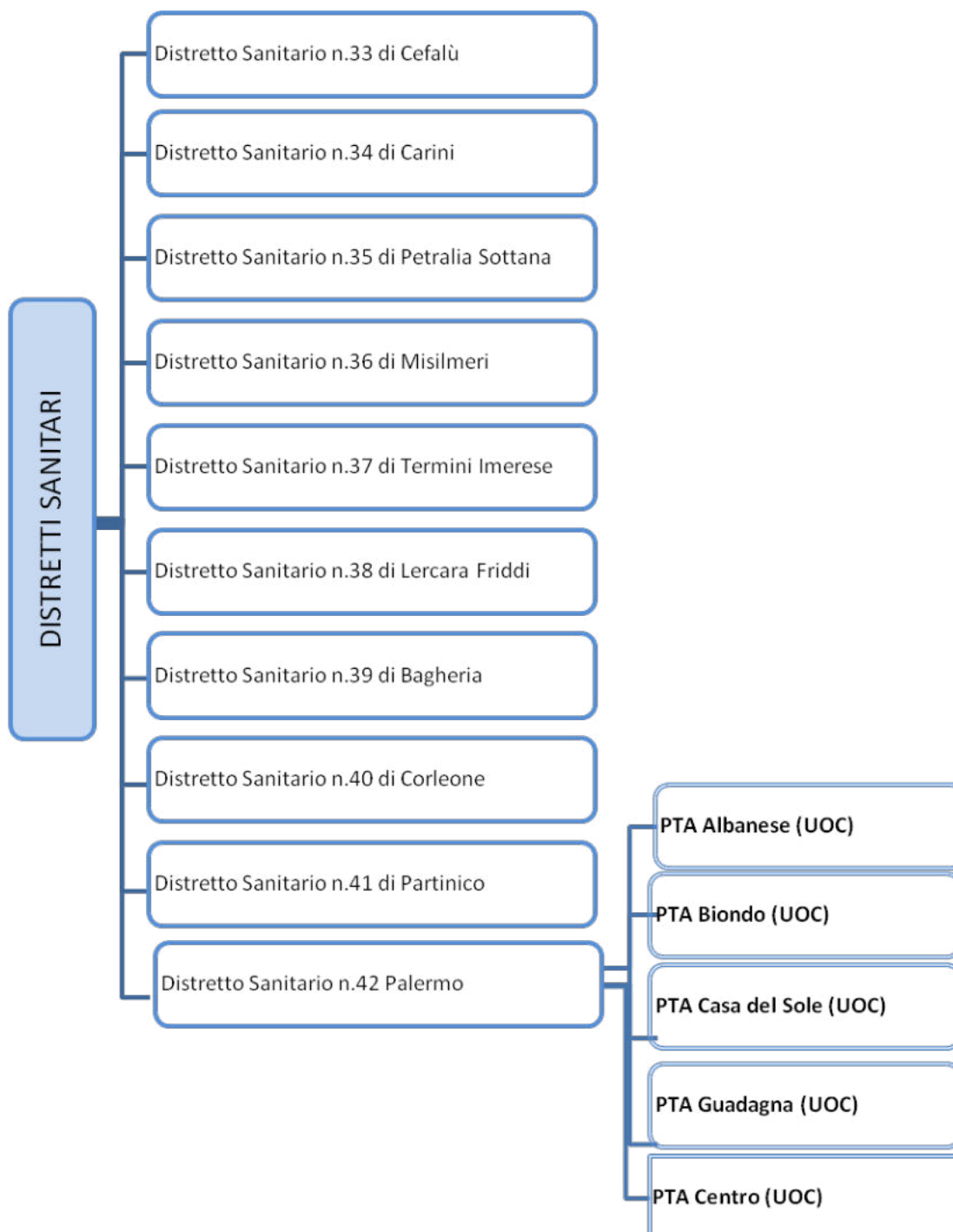




I Dipartimenti Amministrativi (Macrostruttura):

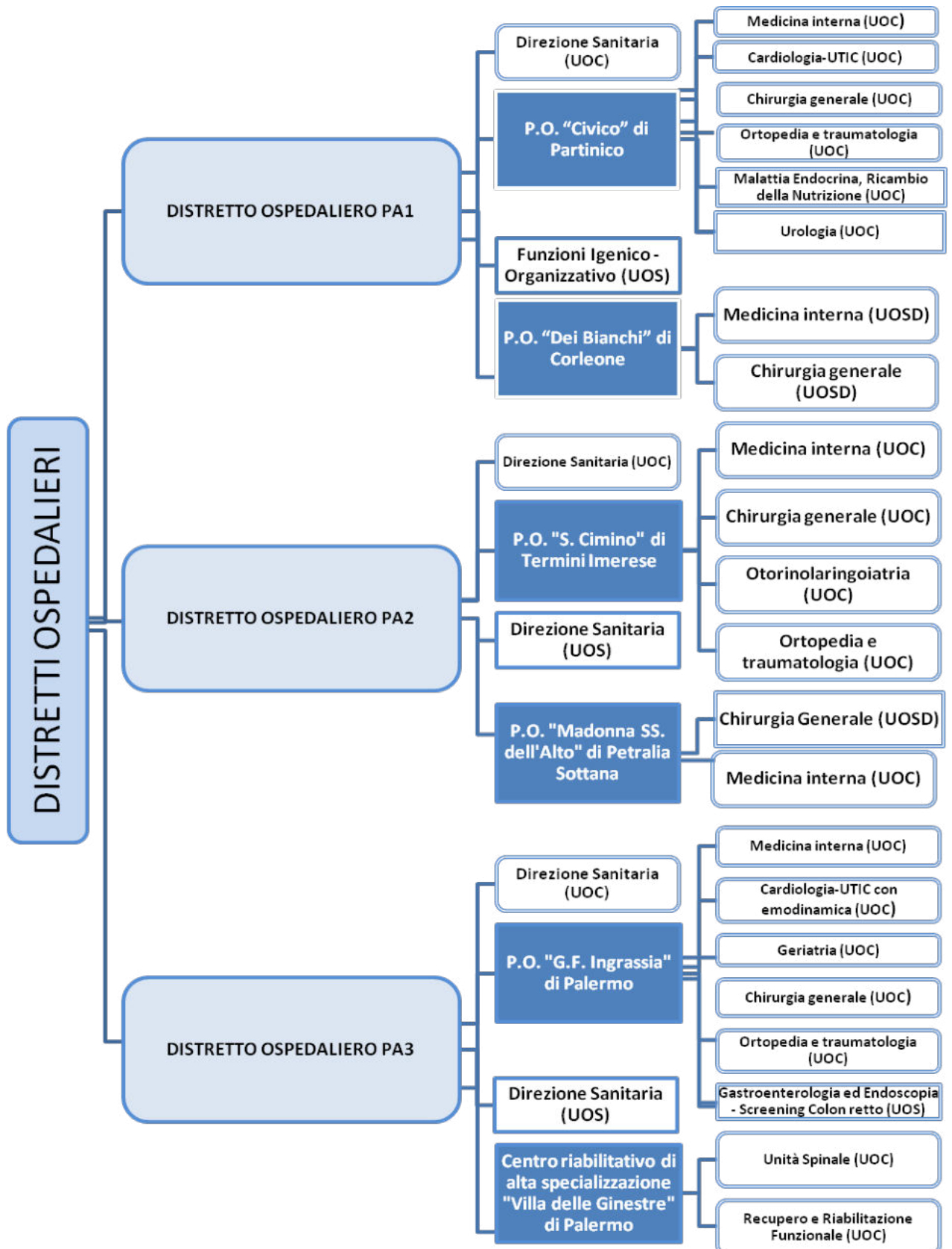


La rete territoriale: I Distretti Sanitari e i P.T.A. (Macrostruttura):



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

La rete ospedaliera: I Distretti Ospedalieri (Macrostruttura)





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

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

3.3. LE RISORSE UMANE

Ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali sono necessari due componenti: la risorsa umana e la risorsa finanziaria.

Abbiamo notato che, specie nel periodo della pandemia per covid 19, si è accentuata la decennale carenza di personale, specie sanitario e parasanitario, per la sempre maggiore domanda di assistenza ospedaliera e territoriale.

La situazione è migliorata durante l'arco dell'anno 2020 e 2021 per due fattori fondamentali: la stabilizzazione degli ex contrattisti ed il personale sanitario assunto per l'emergenza Covid.

L'ASP dispone di risorse umane che hanno ruoli e profili professionali diversi: ruolo sanitario, amministrativo, tecnico e professionale distinti in dirigenza e comparto.

Complessivamente il personale all'1/1/2021 è di 3.744 unità a tempo indeterminato e di 1.080 unità a tempo determinato.

Le tabelle successive ne danno una rappresentazione sintetica.

Personale della Dirigenza e del Comparto a tempo indeterminato al 01/01/2021

RUOLO	Fascia	Area	N. tempo indeterminato
Amministrativo	Comparto		507
	Dirigenza		11
Professionale	Comparto		
	Dirigenza		10
Sanitario	Comparto		1.454
	Dirigenza	Medica	928
		Non medica	157
Tecnico	Comparto		662
	Dirigenza		15
		Totale	3.744
	Comparto		2.623
	Dirigenza	Medica	928
		SPTA	193
			Totale



Personale della Dirigenza e del Comparto a tempo determinato al 01/01/2021

RUOLO	Fascia	Area	N. tempo indeterminato
Amministrativo	Comparto		265
	Dirigenza		8
Professionale	Comparto		2
	Dirigenza		3
Sanitario	Comparto		313
	Dirigenza	Medica	222
		Non medica	38
Tecnico	Comparto		229
	Dirigenza		
		Totale	1.080
	Comparto		809
	Dirigenza	Medica	222
		SPTA	49
		Totale	1.080

Fonte: Dipartimento Risorse Umane

Da tali tabelle si evidenzia che per quanto riguarda il personale a tempo indeterminato, la Dirigenza è costituita da n. 1.121 unità, pari al 29.9 %, mentre la restante parte del personale, rappresentata dal Comparto, è composta da n. 2.623 unità, pari al 70.1 %.

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

Dirigenti Medici: n.928 unità (pari all' 82.8 % della Dirigenza)

Dirigenti non Medici: n. 193 unità (pari al 17.2 % della Dirigenza)

Diverse percentuali avremo se si considera il solo personale a tempo determinato. Infatti il comparto è costituito dal 74.9%, mentre la dirigenza è il rimanente 25.1%.

L'azienda inoltre dispone di circa 200 unità di personale SAS (ex multi servizi), e di altrettante unità di "specialisti convenzionati interni" che operano nei poliambulatori territoriali.

Il personale, escluse le unità afferenti alle UU.OO. della Direzione Aziendale, è allocato nei Distretti Ospedalieri, nei Distretti Sanitari e nei Dipartimenti.

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

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

3.3.1. ANALISI DI GENERE

Da un esame sintetico si possono osservare i risultati di un'analisi quali-quantitativa delle risorse umane, facendo una distinzione tra dipendenti uomini e donne; complessivamente la percentuale di dirigenti donne è maggiore, se pur di pochissimo, della percentuale di dirigenti uomini. Un'analisi ancora più approfondita ci porta a notare una inversione di tendenza perchè nella stessa dirigenza c'è una prevalenza maschile quando facciamo una differenziazione tra i vari incarichi, infatti, c'è una prevalenza maschile per quanto riguarda gli incarichi direttivi più elevati (55 uomini contro 11 donne). Si riassume nella tabella sottostante:

Dirigenza	Direttore Dipartimento	Direttore di UOC	Responsabile di UOS
% donne	32%	15%	46%
% uomini	68%	85%	54%

Come può osservarsi, con riferimento agli incarichi di direttore di Dipartimento e di UOC, sussiste un evidente *sbilanciamento* a favore del genere maschile; mentre appare meno rilevante la differenza, pur sussistente, tra i due generi negli incarichi di responsabile di UOS. Dunque, si conferma, anche nella nostra Azienda, l'esistenza di un fenomeno di *leaky pipeline* ovvero della *difficile progressione in ruolo delle donne*.

Una tabella a parte è quella riferita agli organi di vertice:

Organi di vertice	Donne da 51 60 anni	Donne > 60 anni	Totale donne	Uomini da 51 a 60 anni	Uomini >60 anni	Totale uomini
Direttore Generale	1		1			
Direttore Amministrativo		1	1			
Direttore Sanitario				1		1
Revisore dei conti				1		1
Commissario Straordinario per l'emergenza					1	1
	1	1	2	2	1	3

Per gli organi di vertice, swi registra una quasi parità ma un dato straordinario è che l'incarico di Direttore Generale è affidato ad una donna.



Altra notazione di interesse riguarda l'età media dei dirigenti suddivisi per genere come possiamo notare nella semplice schematizzata qui sotto:

fascia di età	<30	31/40	41/51	51/60	>60	totale
% donne	59.26%	60.97%	60.65%	45.45%	41.53%	50.17%
% uomini	40.74%	39.03%	39.35%	54.55%	58.47%	49.83%

e il titolo di studio con eventuali specializzazioni:

Titolo di studio	Diploma di specializz. Post laurea	Diploma universitario	laurea	Laurea di primo livello	Master universitario di primo livello	Master universitario di secondo livello	Titolo di dottore di ricerca	totale
N.donne	212	1	674	1	3	1	4	896
N. uomini	252	0	634	0	0	2	5	893

Come può notarsi, le donne con qualifica di dirigente sono mediamente più giovani rispetto ai colleghi di genere maschile per cui, in prospettiva, a seguito dell'inevitabile collocamento a riposo del personale più anziano, è verosimile prevedere un ribaltamento dell'attuale prevalenza del genere maschile a favore di quello femminile.

Per quanto riguarda il trattamento economico, sappiamo anche che non vengono osservati significativi profili discriminatori di genere anche perché il livello di istruzione tra i dipendenti di genere femminile e di genere maschile sono pressoché equivalenti.

Un'ultima osservazione è quella sul personale che usufruisce del part-time, che come è facilmente intuibile vede una prevalenza del genere femminile e in fascia più giovani, giustificata dalle esigenze di accudimento familiare che vedono le donne in prima linea rispetto agli uomini.

Anche quest'anno, seppure in misura meno rilevante si è ricorso al "lavoro agile" durante la fase più grave della pandemia che ha coinvolto diversi operatori sia uomini che donne.

A causa dell'emergenza sanitaria, anche la nostra Azienda Sanitaria, infatti ha dovuto ricorrere alla modalità lavorativa non in presenza, quindi "al lavoro agile" in linea con quanto richiesto dall'art.263, comma 4-bis del decreto legge n.34 del 19/05/2020 (c.d."decreto rilancio"), convertito dalla legge n.77 del 17/07/2020, focalizzando l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance funzionali ad un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile nelle Amministrazioni. Con nota prot.n.1159/DRG del 14/01/2021 la Direzione Aziendale ha "invitato" tutte le



strutture aziendali a fare una ricognizione su tutte le attività che possono essere svolte in smart working senza arrecare pregiudizio alla funzionalità dei servizi erogati e tenuto conto delle risorse umane disponibili in vista della prossima adozione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile.

Nel corso del 2021 questa Azienda è intervenuta con numerose direttive per disciplinare l'istituto del lavoro agile in applicazione delle misure previste dai provvedimenti adottati in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da covid 19 succedutesi progressivamente nel tempo. Dopo la prima circolare del 13/03/2020, la successiva di aprile e poi quella già citata del 19 maggio, si è arrivati alla direttiva del 16/06/20 in cui i responsabili venivano invitati a disporre il rientro presso le rispettive sedi di lavoro del personale fino ad allora autorizzato allo smart working, visto il progressivo attenuarsi della prima fase di emergenza sanitaria, fatta eccezione per i lavoratori c.d. fragili, genitori di minori in DAD, ecc. Da questo momento in poi, nella seconda fase dell'emergenza da covid (ottobre 2020), il lavoro agile è diventato una delle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa e non l'unica come prevista nella prima fase. La Direzione Aziendale, da questo momento in poi, decide di dare più responsabilità alle singole strutture, ai singoli direttori prevedendo rotazione dei lavoratori, percentuali diverse a seconda del tipo di lavoro e anche a secondo della gravità di contagio da covid.

In conclusione anche nell'arco del 2021 per quanto riguarda il lavoro agile, sono state intraprese azioni rivolte a valorizzare al massimo la loro funzionalità e al contempo tentando di trasformare in progress le eventuali difficoltà operative incontrate per l'ottimizzazione dei cicli lavorativi; non va sottaciuto che le scelte aziendali sono state adottate dovendosi confrontare costantemente con la circostanza di essere un ente del SSN, direttamente impegnato, con il proprio personale, a fronteggiare l'emergenza epidemiologica per la tutela della salute pubblica.

Da un punto di vista esclusivamente statistico, nella tabella sottostante, sono riportate le giornate di lavoro espletate in modalità agile nell'ultimo quadrimestre 2021 ed il numero dei dipendenti distinti per sesso:

	Donne					Uomini					Totale				
	Set	Ott	Nov	Dic	Tot	Sett	Ott	Nov	Dic	Tot	Sett	Ott	Nov	Dic	Tot
giorni	39	112	1241	756	2148	10	37	513	241	801	49	149	1754	997	2949
Dipend.	5	10	191	147	217	2	6	77	52	83	7	16	268	199	300



Per lo stesso periodo, nella tabella successiva viene evidenziata la suddivisione del personale in relazione all'area di appartenenza:

	Donne	Uomini	Totale
Comparto	186	75	261
Dirigenza	31	8	39
Totale	217	83	300

Un ultimo dato da considerare è la fruizione dei permessi e congedi per la conciliazione vita-lavoro:

- C'è stata una fruizione del congedo parentale nella misura dell'8.39% per le donne e dell'1.91% per gli uomini
- Il congedo relativo al DL151/01 è stato fruito nella misura del 12.28% dalle donne e del 13.93% dagli uomini
- I permessi previsti dalla L.104/92 sono stati fruiti nella misura del 53.80% dalle donne e del 59.99% dagli uomini

3.4. LE RISORSE FINANZIARIE

L'Azienda dispone di risorse finanziarie ed economiche per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione", 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.

La principale fonte di finanziamento dell'Azienda deriva dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale, quindi dall'Assessorato Regionale alla Salute, sulla base della cosiddetta "quota capitaria", un'altra parte, se pur minore, arriva direttamente dal Fondo Sanitario Nazionale.

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario, ossia il livello complessivo delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato.

Il fabbisogno sanitario nella sua componente "indistinta" (c'è poi una quota "vincolata" al perseguimento di determinati obiettivi sanitari), è finanziato dalle seguenti fonti:

- entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti), in un importo definito e cristallizzato in seguito ad un'intesa fra lo Stato e le Regioni;



- fiscalità generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive - IRAP (nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità), e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche – IRPEF. Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni;
- bilancio dello Stato: esso finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto - IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti e attraverso il Fondo sanitario nazionale (una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

Per ogni esercizio finanziario, in relazione al livello del finanziamento del SSN stabilito per l'anno di riferimento, al livello delle entrate proprie, ai gettiti fiscali attesi e, per la Regione siciliana, al livello della compartecipazione regionale al finanziamento, è determinato, a saldo, il finanziamento a carico del bilancio statale nelle due componenti della compartecipazione IVA e del Fondo sanitario nazionale.

I riparti del fabbisogno (assegnazione alle Regioni e alle Aziende)

La composizione del finanziamento del SSN è evidenziata nei cosiddetti "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute sui quali si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e che sono poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE.

Le Regioni assegnano, in base a diversi parametri, le risorse finanziarie alle aziende, che le impiegano per garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli essenziali di assistenza.

L'assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o regioni) e della mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall'esterno dell'azienda).

Le aziende vengono inoltre finanziate dalla Regione sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai DRG) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

Le manovre finanziarie del Governo apportano le modifiche ai livelli di finanziamento a carico dello Stato.

Modello CE riferito al IV trimestre 2021 (sintesi)

CE (Valori in Migliaia di Euro)	IV trimestre 2021
Valore della produzione	
A.1) Contributi in c/esercizio	1.880.392
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	29.349
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	55.888
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	133.559
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.894
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	12.881
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0
A.9) Altri ricavi e proventi	95
Totale valore della produzione (A)	2.114.058
B) Costi della produzione	
B.1) Acquisti di beni	309.803
B.2) Acquisti di servizi	1.571.224
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	9.414
B.4) Godimento di beni di terzi	3.080
B.5) Personale del ruolo sanitario	215.111
B.6) Personale del ruolo professionale	1.360
B.7) Personale del ruolo tecnico	35.141
B.8) Personale del ruolo amministrativo	27.951
B.9) Oneri diversi di gestione	3.848
Totale Ammortamenti	12.901
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0
B.13) Variazione delle rimanenze	-41.541
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	33.924
Totale costi della produzione (B)	2.182.216
C) Proventi e oneri finanziari	
C.1) Interessi attivi	100
C.2) Altri proventi	0
C.3) Interessi passivi	271

C.4) Altri oneri	0
Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 171
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	
D.1) Rivalutazioni	0
D.2) Svalutazioni	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0
E) Proventi e oneri straordinari	
E.1) Proventi straordinari	23.904
E.2) Oneri straordinari	3.116
Totale proventi e oneri straordinari (E)	20.788
Risultato prima delle imposte (A – B +/- C +/- D +/- E)	-47.541
Totale imposte e tasse	24.886
RISULTATO DI ESERCIZIO	- 72.427



3.5. PARI OPPORTUNITÀ, BENESSERE ORGANIZZATIVO E LE ATTIVITÀ DEL CUG

Le amministrazioni pubbliche, come previsto dall'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni", sono tenute a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

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

Il profilo del CUG è profondamente mutato ed è stato ampliato a seguito della normativa in materia, recentemente intervenuta, l'ultima della quali è la Direttiva n. 2/2019 del 26 giugno 2019. La nostra Azienda ha così provveduto, con Deliberazione n.801 del 20/08/2020, a designare la nuova Presidente del CUG dell'ASP 6 Palermo, subentrata alla precedente che, per pensionamento, ha concluso la propria attività di servizio in Azienda.

In data 14/10/2020 si è quindi insediata la nuova Presidente e l'intera organizzazione ma con nota prot.n.110/CUG del 26/08/2021 viene comunicato che il CUG ha concluso il proprio mandato.

In questo breve arco temporale, il CUG, al fine di ottimizzare il tempo disponibile, si è riunito in seduta più volte, per definire le azioni da adottare, per raggiungere gli obiettivi del PTAP 2020/2022 - approvato e adottato con Deliberazione aziendale n. 603 del 18/06/2020 - e per costruire un percorso utile all'adeguato svolgimento dei compiti di proposta, di consulenza e di verifica ad esso attribuiti dalla normativa di settore. Nel rispetto della Direttiva 2/2019 il PTAP ha individuato degli obiettivi, indicando contestualmente quali azioni dovrebbero sviluppare gli attori coinvolti. Occorre premettere che l'attuale situazione pandemica ha stravolto tutte le previsioni dettando altre priorità ciò nonostante si evidenzia:

- ✓ Il raggiungimento quasi totale dell'Obiettivo 1 con la raccolta dei dati relativi al personale e con la loro ripartizione di genere. Si auspica che nel futuro le considerazioni relative alla differenza di genere, sia accompagnata anche dalla segnalazione degli aspetti problematici e dalle indicazioni sulle possibili soluzioni;

- ✓ L'Obiettivo 2 "Miglioramento del benessere organizzativo stress lavoro correlato" è stato maggiormente attenzionato e sono stati realizzati dei *focus group* in specifici ambiti aziendali con maggiori rischi di stress lavoro correlato e sono state condivise, con i relativi dirigenti delegati, le opportune azioni di miglioramento. Nello specifico, la valutazione ha riguardato i 5 PP.OO., il dipartimento di Salute Mentale, il Distretto 42 con i front office dei PTA e i 5 Pronto Soccorso. Ovviamente particolare significato ha avuto questo obiettivo in questo particolare momento caratterizzato dal dover lavorare in presenza del Covid che ha stravolto il normale regime lavorativo. A tutto ciò si è provveduto con la grande collaborazione da parte dell'UOC di Psicologia. E' stato somministrato a questi operatori un apposito questionario online denominato "l'attività degli operatori sanitari al tempo del Covid 19", elaborato dal gruppo di lavoro SLC e dalla Psicologia che ha portato come risultato un rischio medio e si sono prospettati interventi per favorire il miglioramento del clima e dell'organizzazione del lavoro;
- ✓ Sono state avviate alcune azioni relative all'Obiettivo 5 per il sostegno delle politiche di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, in particolare sono state emanate le linee guida aziendali con le procedure da seguire per agevolare il reinserimento, nel contesto lavorativo, dei dipendenti assentatisi per un lungo periodo. Inoltre, un'altra azione prevista da questo obiettivo, è costituita dallo *smart working* che, come detto in precedenza, è stato utilizzato in Azienda in coincidenza del picco pandemico e cheal momento, sembra aver perso quella forza propulsiva iniziale per ritornare ad essere considerato una forma di lavoro residuale in attesa delle superiori determinazioni degli organi di governo;
- ✓ L'Obiettivo 6, diretto alla promozione delle pari opportunità e contro le discriminazioni non è stato pienamente raggiunto, ma è stato proposto di considerare le modalità di inserimento lavorativo anche delle persone con disabilità, come richiesto dal DL.165/2001 ex art.39-ter, che obbliga le pubbliche amministrazioni e le aziende con più di 200 dipendenti alla nomina del "Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità";
- ✓ L'Obiettivo 7 può dirsi parzialmente raggiunto relativamente all'aggiornamento della sezione del sito aziendale nell'interfaccia del CUG (pubblicazione dei verbali, norme di riferimento, etc.);
- ✓ L'Obiettivo 9, che prevede il raccordo del CUG con gli organismi analoghi di altre amministrazioni per favorire lo scambio di best practices, è stato raggiunto, infatti, il CUG dell'ASP Palermo ha aderito alla Rete Nazionale dei Cug per un confronto costruttivo ed una condivisione di buone pratiche sulle tematiche inerenti i CUG.



3.6. LE ATTIVITÀ DELL'URP

L'Unità Operativa Comunicazione e Informazione dell'ASP di Palermo ha, tra le sue principali mansioni ufficiali, quella di accogliere lamentele, osservazioni, suggerimenti, proposte, segnalazioni, e soprattutto reclami che riguardano eventuali disservizi sorti all'interno dell'Asp di Palermo. Per la gestione dei reclami L'U.O. si attiene al Regolamento Aziendale Delibera N°623 del 23/12/2013. Il reclamo/segnalazione può essere presentato da tutti i cittadini utenti, sia direttamente sia tramite parenti, persone delegate o tramite associazioni di tutela/ volontariato. Allo stesso modo i cittadini utenti possono inoltrare elogi. Riceviamo infatti anche note di encomio nei riguardi dei nostri servizi e dei nostri specialisti ambulatoriali. Nel caso di un reclamo, si considera tale solo la forma scritta, nel senso che l'U.O. può avviare l'istruttoria solo se la descrizione del disservizio avviene in forma scritta e se è completa di tutti i dati anagrafici. In questo caso l'U.O. provvede a predisporre l'istruttoria e invia richiesta di verifica e conseguente riscontro al servizio interessato sollecitando un feedback entro max 30 giorni. Il riscontro verrà successivamente inviato al cittadino-utente, previa accurata verifica dello stesso. Il cittadino utente può presentare segnalazione/reclamo in uno dei modi seguenti:

- con lettera in carta semplice o tramite scheda-modulo scaricabile nel sito www.asppalermo.org e presente presso tutte le unità periferiche aziendali;
- tramite e-mail all'indirizzo urp@asppalermo.org indicando nome e cognome, luogo di residenza, e possibilmente numero telefonico.

La segnalazione/reclamo deve contenere una descrizione dettagliata e chiara del fatto e delle circostanze in cui è avvenuto, il luogo dove si è verificato, la data in cui si è verificato e ogni elemento che si ritiene necessario per comprendere meglio quanto accaduto. La narrazione del disservizio deve essere precisa: che cosa è successo, dove, quando, chi sono le persone interessate e ogni altro elemento utile per rendere più chiara ed esauriente la descrizione. L' U.O. Comunicazione e Informazione è in collegamento con qualsiasi struttura aziendale interessata al reclamo.

Esiste inoltre un rapporto di collaborazione con L'unità "Risk Management" per tutti quei casi delicati in cui potrebbe essere stata compromessa la salute del cittadino utente. Nell'anno 2021 abbiamo registrato e gestito 194 reclami e 3 elogi. La percentuale più alta con maggiori criticità ha riguardato il settore "Ausili e presidi", soprattutto per le pratiche online. In effetti, per tutte le pratiche online (esenzione reddito, cambio medico, ausili e presidi, farmacie territoriali) si verifica un consistente rallentamento segnalato dagli utenti. Anche in questi casi, da parte dell'URP, è puntuale e costante l'inoltro di procedura ai diretti Responsabili con richiesta di verifica, riscontro e risoluzione. Anche quest'anno abbiamo registrato una certa percentuale di lamentele e disagi riguardanti la chiusura degli ambulatori



specialistici per le condizioni provocate dall'emergenza Covid-19, ma anche attese abnormemente lunghe per poter effettuare una visita specialistica, impossibilità a prenotare visite specialistiche. In linea con il Regolamento Aziendale, abbiamo monitorato ogni singolo reclamo inviandolo al Dirigente/Direttore responsabile di struttura con richiesta di avviare gli opportuni approfondimenti nei tempi stabiliti dal regolamento, e risolvere, quando possibile, il disservizio segnalato dall'utente. Anche quest'anno sono pervenuti alcuni elogi, soprattutto nei confronti di specialisti ambulatoriali di cui gli utenti hanno apprezzato la professionalità e la disponibilità. Nel 2021 permane la chiusura di alcuni Punti Informativi URP (PTA Centro, PTA Biondo, P.O.Ingrassia) già presenti nel comprensorio cittadino per quiescenza degli Operatori, non sostituiti, con conseguente drastica riduzione dei punti di contatto dell'utenza. Si è aperto il punto urp dell'E.Albanese con un operatore, però, in smart working in alcuni giorni a settimana. Si rappresenta inoltre che già dall'anno scorso è stato implementato un software autogestito per una più puntuale e dettagliata codifica dei reclami, secondo la Classificazione CCRQ, già sperimentata in altre Regioni con il concorso dei Comitati Consultivi.

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

4.1. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023

Questa sezione è dedicata alla rendicontazione dei risultati di performance organizzativa e presenta:

1. i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi/indicatori specifici triennali (obiettivi triennali 2021-2023) individuati nel **Piano della Performance 2021-2023**, evidenziando gli scostamenti rispetto ai *target annuali* 2020;
2. i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi/indicatori annuali individuati nel **Piano della Performance 2021-2023** (obiettivi annuali 2021), evidenziando gli scostamenti rispetto ai *target* assegnati, per singola struttura;
3. la valutazione complessiva della performance organizzativa relativa all'anno di riferimento, che riporta gli esiti del processo di misurazione e valutazione effettuato dall'OIV.



4.2. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2021: OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI (TARGET 2021)

Obiettivo 1 SCREENING

Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana e della nostra Azienda nello specifico. Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).

I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colonretto, 60% per il tumore della mammella.

Nel corso del 2021, dopo il sensibile calo dei tassi di partecipazione ai Programmi di screening registrato nel 2020 a causa dell'emergenza covid 19, si è assistito ad una rapida ripresa delle attività anche in virtù della mitigazione del rischio infettivo dipendente dall'introduzione della vaccinazione e dalle migliorate procedure di sicurezza che hanno ridotto, anche se non del tutto, la diffidenza dell'utenza nell'accesso ai presidi sanitari.

Nel corso dell'anno 2021 quindi, si è cercato di riallineare la situazione compromessa nell'anno precedente e gli inviti, effettuati sulla base di idonee agende predisposte con cadenza trimestrale presso tutti i consultori familiari e l'ex Ipa, sono stati estesi al 100% della popolazione target (donne di età compresa tra 25 e 44 anni per il Pap test e donne tra i 45 e i 64 anni per HPV DNA test) entro il 31.12.2021. Così al 31 dicembre 2021 l'estensione degli inviti è stata realmente pari al 100% per entrambe popolazioni target e l'esame è stato effettuato al 100% (16.385/16.385) delle donne presentatesi. Tutto ciò è stato possibile anche grazie alla "ripresa" dell'attività itinerante con camper attrezzato, a partire dal mese di settembre 2021.

Pertanto l'obiettivo è stato raggiunto al 100%.

Per quanto riguarda l'obiettivo "adesione" si sono registrati dati in crescita rispetto al 2020 ma ancora lontani da quelli rilevati nel 2019, considerato l'anno complessivamente migliore in termini di adesione.

- Lo screening mammografico ha recuperato parte delle adesioni. L'U.O. Screening mammografico ha organizzato le attività per soddisfare l'incremento delle richieste e il fabbisogno delle sessioni di apertura al pubblico. I MMG hanno potuto prenotare direttamente, il Centro Gestionale Screening ha potenziato il personale con 3 nuove assistenti, è stato attivato un portale web sposta-appointamenti denominato "il mio screening" accessibile al pubblico per la gestione degli appuntamenti.

- Lo screening cervicocarcinoma ha recuperato in maniera più limitata il ritardo causato dalla pandemia. Nonostante precise indicazioni assessoriali per il ripristino delle lettere d'invito con data e ora prefissate, l'U.O. Screening cervicocarcinoma non ha fornito agende condivise non giovandosi della capacità di prenotazione diretta da parte del numero verde, dei MMG, né del portale web. Le richieste sono state fatte confluire sugli operatori dei Consultori con non altrettanta efficacia.
- In controtendenza lo screening colon rettale che ha fatto registrare un notevole incremento rispetto al 2019 dei volumi di adesione e addirittura tassi ben oltre le migliori aspettative (26% vs 22% del 2019). Il risultato è attribuibile al più efficiente metodo di distribuzione dei campioni SOFT test introdotta con Federfarma per la partecipazione delle farmacie. L'attività di screening è ripresa così a febbraio con un numero ristretto di farmacie per arrivare alla costituzione di una rete con 250 farmacie coinvolte in tutto il territorio.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	Valore raggiunto 2020	Valore raggiunto 2021
Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP	Relazione sulla effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP	SI	SI	SI
Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	N. di soggetti invitati / popolazione target	56.042 / 56.042 100%	56.042 / 56.042 36.871/36.871 100%	56.042 / 56.042 36.871 / 36.871 100%
Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	10.393 / 50.266 21%	5.195/49.093 11% 5.185/35.495 15%	7.884 / 52.241 15% PAP test 8.501 / 34.411 25% HPV test
Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	N. di soggetti invitati / popolazione target	87.616 / 87.616 100%	88.883/88.883 100%	88.883 / 88.883 100%
Adesione del programma di screening del tumore della mammella	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	34.042/78.392 43%	21.234 / 85.793 25%	27.595 / 83.661 33%
Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	N. di soggetti invitati / popolazione target	167.331/167.331 100%	0/177.926	177.926 / 177.926 100%
Adesione del programma di screening del colon retto	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	34.426/155.645 22%	0/0	45.204 / 174.125 26%



Obiettivo 2 ESITI

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

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

Anno	Valore raggiunto	Valore atteso
2019	56.58%	≥90%
2020	59.51%	
2021	68.33%	

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

Tale obiettivo, secondo i direttori delle UU.OO.CC. di ostetricia e ginecologia dei PP.OO. aziendali, potrebbe essere raggiunto probabilmente tramite il tentativo di assistenza al parto spontaneo nelle precesarizzate (VBAC). Per consentire l'assistenza in sicurezza nel percorso VBAC è necessaria la presenza di una ostetrica dedicata (one to one) e di personale medico dedicato pronto a fronteggiare eventuali emergenze/urgenze che possono sopraggiungere nel corso dell'assistenza, ma l'attuale dotazione organica non consente l'assistenza in sicurezza one to one. Non è attivo il servizio di partoanalgesia H24 in tutti i PP.OO. aziendali. Tuttavia nel corso del 2021 il tasso/anno consolidato migliora ancora se ulteriormente aggiustato tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente e scremato secondo le classi di Robson (11,5%)

I risultati sono sintetizzati nella seguente tabella:

Anno	Valore raggiunto	Valore atteso
2019	26.65%	< 20%
2020	24.41%	
2021	27.46%	



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

Anno	Valore raggiunto	Valore atteso
2019	88.57%	≥91%
2020	96.58%	
2021	94.44%	

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

Anno	Valore raggiunto	Valore atteso
2019	83.66%	≥97%
2020	79.07%	
2021	89.02%	

Al fine di perseguire il miglioramento della qualità dell'assistenza e per un'analisi congiunta dei dati, volta a garantire una adeguata assistenza ospedaliera, sono stati effettuati, a cura della UOC Ospedalità Pubblica, degli incontri con le Direzioni Mediche dei PP.00. aziendali, con i Responsabili delle UU.OO. di Ortopedia, di Cardiologia, di Chirurgia e di Ostetricia e Ginecologia.

Per le UU.OO. in cui il valore degli obiettivi si è discostato da quello previsto da AGENAS sono stati organizzati, a cura della UOC Ospedalità Pubblica, degli Audit e nei casi in cui non si è avuta la partecipazione attiva dei Direttori Medici di Presidio e/o dei Direttori delle UU.OO. sono stati richiesti formalmente dei piani di miglioramento .

Anche in questo caso il verificarsi della pandemia ha “falsato” i risultati raggiunti in quanto sia le direzioni sanitarie di presidio che le unità operativa hanno dovuto sconvolgere il lavoro e l'organizzazione fin qui avuta cercando comunque di raggiungere i migliori risultati possibili.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	Valore raggiunto 2020	Valore raggiunto 2021
Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;	N. Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / N. totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	56.58%	59.51%	68.33%
Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non pre-cesarizzate;	N. Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	26.65%	24.41%	27.46%
Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;	N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / N. totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	88.57%	96.58%	94.44%
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	83.66%	79.07%	89.02%

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

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

I dati vengono riportati relativamente al I e II° semestre secondo le indicazioni del PRGLA.

L'Obiettivo prevede dei sub obiettivi:

- Ob.3.1 Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
- Ob.3.2 Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
- Ob.3.4 Piena attuazione degli interventi previsti nella checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021

Di seguito abbiamo i report suddivisi per semestre:

EX ANTE ed EX POST I° SEMESTRE 2021									
Periodo di valutazione	N.totale prestazioni con classe di priorità B	N.totale prestazioni con classe di priorità B garantite	B garantite / B richieste %	N.totale prestazioni con classe di priorità D	N.totale prestazioni con classe di priorità D garantite	D garantite / D richieste %	N.totale prestazioni con classe di priorità P	N.totale prestazioni con classe di priorità P garantite	P garantite / P richieste %
Tot.EX ANTE	33.296	28.905	86.81%	88.012	82.613	93.87%	109.436	79.439	72.59%
Tot.EX POST	45.551	40.744	89.45%	115.510	91.660	79.35%	148.919	87.921	59.04%

EX POST I° SEMESTRE 2021 – dettaglio 8 prestazioni critiche soggette a monitoraggio									
Descriz. Prestaz.	N.totale prestazioni con classe di priorità B	N.totale prestazioni con classe di priorità B garantite	B garantite / B richieste %	N.totale prestazioni con classe di priorità D	N.totale prestazioni con classe di priorità D garantite	D garantite / D richieste %	N.totale prestazioni con classe di priorità P	N.totale prestazioni con classe di priorità P garantite	P garantite / P richieste %
Vis.oculistica	2.654	2.494	93.59%	8.500	5.048	59.39%	12.076	558	4.62%
Mammogra.	419	360	85.92%	1.922	1.788	93.03%	4.127	3.942	95.52%
Tac torace	1.994	1.664	83.45%	3.219	3.069	95.34%	3.703	3.486	94.14%
Ecocolor Doppler TSA	14.404	1.285	91.52%	5.028	4.459	88.68%	7.291	6.146	84.30%
RMN colonna v.	986	887	89.96%	2.340	2.259	96.54%	2.662	2.635	98.99%
Eco Ostetr.	24	16	66.67%	69	69	100%	194	194	100%
Vis.ortop.	2.399	2.052	85.54%	4.735	2.646	55.88%	4.465	406	9.09%
Vis.Cardiol.	2.276	1.947	85.54%	6.264	4.507	71.95%	7.703	302	3.92%
Totale	12.156	10.695	87.98%	32.077	23.845	74.34%	42.221	17.669	41.85%

EX ANTE ed EX POST II° SEMESTRE 2021

Periodo di valutazione	N.totale prestazioni con classe di priorità B	N.totale prestazioni con classe di priorità B garantite	B garantite / B richieste %	N.totale prestazioni con classe di priorità D	N.totale prestazioni con classe di priorità D garantite	D garantite / D richieste %	N.totale prestazioni con classe di priorità P	N.totale prestazioni con classe di priorità P garantite	P garantite / P richieste %
Tot.EX ANTE	28.706	22.768	79.31%	87.225	76.443	87.64%	129.074	96.745	74.95%
Tot.EX POST	33.592	29.837	88.82%	90.581	70.901	78.27%	128.863	77.011	59.76%

EX POST II° SEMESTRE 2021 – dettaglio 8 prestazioni critiche soggette a monitoraggio

Descriz. Prestaz.	N.totale prestazioni con classe di priorità B	N.totale prestazioni con classe di priorità B garantite	B garantite / B richieste %	N.totale prestazioni con classe di priorità D	N.totale prestazioni con classe di priorità D garantite	D garantite / D richieste %	N.totale prestazioni con classe di priorità P	N.totale prestazioni con classe di priorità P garantite	P garantite / P richieste %
Vis.oculistica	1.872	1.759	93.96%	6.633	3.905	58.57%	10.231	356	3.48%
Mammogra.	295	265	89.83%	1.600	1.496	93.50%	3.647	3.544	97.18%
Tac torace	1.611	1.296	80.45%	2.704	2.528	93.49%	3.612	3.431	94.99%
Ecocolor Doppler TSA	949	879	92.62%	4.197	3.706	88.30%	6.694	6.037	90.19%
RMN colonna v.	969	865	89.27%	2.244	2.193	97.73%	2.446	2.438	99.67%
Eco Ostetr.	19	8	42.11%	69	68	98.55%	226	226	100%
Vis.ortop.	1.933	1.586	82.05%	3.879	1.983	51.12%	3.919	211	5.38%
Vis.Cardiol.	1.460	1.212	83.01%	4.255	3.023	71.05%	6.066	62	1.02%
Totale	9.108	7.870	86.41%	25.581	19.902	73.89%	36.841	16.305	44.26%



Monitoraggio ex ante 2021:

- ✓ I° semestre → obiettivo raggiunto al 50% (B=86.81% e D=93.87%)
- ✓ II° semestre → obiettivo non raggiunto (B=79.31% e D=87.64%)

Monitoraggio ex post 2021:

- ✓ I° semestre → obiettivo raggiunto al 100% (B=87.98% e D=74.34%)
- ✓ II° semestre → obiettivo raggiunto al 100% (B=86.41% e D=73.89%)

Ob.3.4. – Con deliberazione n.1379 del 12/11/2021 è stata effettuata l'attivazione di *prestazioni aggiuntive* sia per la dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e professioni sanitarie, sia per il personale del comparto sanità dipendente del SSN ed un incremento del *monte ore* dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Premesso ciò, le procedure per il recupero delle liste d'attesa sono state le seguenti:

- ✓ Previsione e programmazione dell'apertura delle strutture ambulatoriali nelle ore serali e nei fine settimana;
- ✓ Anticipazione delle prestazioni prenotate a partire dal 1 gennaio 2022, ovviamente nella massima trasparenza;
- ✓ Stampa dei piani di lavoro relativi alle branche specialistiche coinvolte;
- ✓ Recall dei pazienti presenti nei piani di lavoro ed inserimento degli stessi nelle nuove date disponibili
- ✓ Apertura alla regolare prenotazione degli spazi lasciati liberi dal recall;
- ✓ Trasmissione settimanale di report alla cabina di regia, istituita con la deliberazione n.1379/21 con compiti di monitoraggio ed organizzativi.

Sono state così anticipate/recuperate n.1.792 prestazioni ambulatoriali e per l'anno 2021 sono stati presi vari provvedimenti : sono stati predisposti incarichi semestrali di specialistica ambulatoriale interna a tempo determinato per alcune branche più deficitarie, sono stati dati nuovi incarichi per la diabetologia e la reumatologia e , cosa più decisiva, sono state incluse tutte le Agende nel sistema CUP, entro il 15 marzo 2022, tutte le strutture private accreditate tanto da aver consentito , alla Regione Siciliana, di ottenere il finanziamento per l'attuazione del "Progetto SOVRACUP Regionale".

Sintesi del monitoraggio dei tempi medi di attesa: da un confronto tra gli anni 2020 e 2021 emerge che i tempi medi di attesa del 2021 hanno subito un aumento rispetto all'anno precedente. Ciò è da imputare alla persistenza dell'intervallo di 10 minuti tra una prestazione e l'altra per permettere la sanificazione della stanza dovuta al persistere della pandemia.

EROGAZIONI PRESTAZIONI							
ANNO 2020				ANNO 2021			
Mese	B entro 10 gg	D 30/60 gg	P entro 120gg	Mese	B entro 10 gg	D 30/60 gg	P entro 120gg
Gennaio	7.00	35.54	50.28	Gennaio	6.30	28.53	40.11
Febbraio	6.67	34.39	54.67	Febbraio	6.72	32.75	44.64
Marzo	4.82	27.70	47.25	Marzo	6.75	37.25	50.62
Aprile	4.81	13.55	31.11	Aprile	6.67	36.60	54.40
Maggio	5.32	11.99	24.28	Maggio	6.95	38.74	59.42
Giugno	6.43	19.98	29.59	Giugno	6.91	36.58	63.30
Luglio	6.51	30.09	37.48	Luglio	7.08	40.69	63.45
Agosto	6.34	32.14	42.25	Agosto	6.84	39.32	61.33
Settembre	6.59	31.62	41.89	Settembre	6.84	37.76	53.40
Ottobre	6.67	34.93	43.26	Ottobre	6.77	35.54	53.93
Novembre	6.31	31.37	41.47	Novembre	6.71	38.53	54.12
Dicembre	6.18	30.99	41.67	Dicembre	6.94	36.22	53.94

Obiettivo 4 RISPETTO DEGLI STANDARD DI SICUREZZA DEI PUNTI NASCITA

4.1 Punti nascita

Numero requisiti garantiti/totale requisiti previsti dalla checklist → V.A. 100%

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

Presso tutti i punti nascita aziendali sono stati adottati i protocolli operativi per il trasporto della Gravida (STAM) e del neonato (STEN), specifici per garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera in attesa di trasferimento, di concerto con le UU.OO. di Rianimazione dei Presidi Aziendali.

L'ASP ha provveduto ad adeguare gli standard organizzativi, tecnologici e strutturali sia dell'area ostetrico-ginecologica che dell'area pediatrica/neonatale.

4.2.1.1. N.nati con età gestazionale inferiore a 34 w compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore

Valore al 31/12/2021 =0 Valore Obiettivo =0 Valore Raggiunto =0

4.2.1.2. Percentuale di nati trasferiti entro le prime 72 ore di vita

Valore al 31/12/2021 = 20/811 Valore Obiettivo = 8% Valore Raggiunto =2.4%



(Valore al 31/12/2020 = 27/1074 = 2.51%)

N.B. il Punto Nascita di Partinico fino al 12/06/2021 è stato chiuso in quanto il Presidio è stato convertito in Covid Hospital.

4.2.2. Punti nascita con TIN

4.2.2.1 Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio

Valore al 31.12.21 = SI Valore obiettivo = SI Valore Raggiunto = SI

4.2.2.2 Percentuale di neonati dimessi direttamente da TIN

N. dimessi dalla TIN / N. dimessi totali

Valore al 31.12.21 0/56 =0% Valore Obiettivo = < 5% Valore Raggiunto = 0%

N. ricoveri impropri / n.ricoveri totali 0/56

Per ciascuno dei 56 ricoveri in TIN al 31.12.2021 sono stati seguiti i criteri dettati dall'Ass.to secondo il documento stilato ed inserito nelle Linee guida di reparto: tutte le cartelle sono state controllate e nessuna è risultata non conforme.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R.2020	Valore raggiunto 2021
Punti nascita	Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist	100%	100%	100%
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (senza TIN)	4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)	0	0	0
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (senza TIN)	4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita	3,08%	2.51%	2,40%
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (con TIN)	4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	SI	SI	SI
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (con TIN)	4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale	0%	1,6%	0%

N.B. il Punto Nascita di Partinico fino al 12/06/2021 è stato chiuso in quanto il Presidio è stato convertito in Covid Hospital.



Obiettivo 5 PRONTO SOCCORSO – GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

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

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

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

Con Atto deliberativo n. 219 del 25/02/2019 "Preso d'atto dell'individuazione della funzione di Bed Manager, dell'istituzione del Team Aziendale e del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso (PAGS)", sono stati stabiliti i singoli cronoprogrammi sulle azioni di miglioramento, così come stabilito dalle Linee Guida D.A. 1584/2018 e dalle successive Disposizioni integrative ed attuative (prot. 9348 del 01/02/2019).

L'anno 2020 e così anche il 2021 sono stati anni particolarmente complicati. Durante l'esplosione dell'emergenza sanitaria da Covid 19 l'assetto della Medicina d'Urgenza si è molto modificato, avendo dovuto gestire malati critici infettivi, continuare a garantire cure a persone non infette ed evitare per quanto possibili contaminazioni. In questo periodo l'abituale casistica dei nostri Pronto Soccorso è diminuita soprattutto in relazione ai codici di minore gravità. Con l'avvento della pandemia, le condizioni di affollamento o anche solo di "vicinanza" fisica tra le persone sono diventate il pericolo maggiore e non sono tollerate in nessun contesto. In questa fase i PP.SS. si trovano a gestire, oltre a quelli ordinari, anche pazienti con sospetto covid, con quadro di presentazione suggestivo per covid e pazienti con patologie non correlabili al covid. Con il DPCM del 09/03/2020 e successivi, le attività di Pronto Soccorso e di ricovero in degenza ordinaria sono state modificate e adattate alle nuove esigenze, in particolare:

- ✓ Effettuazione del pre-triage per individuare i soggetti sospetti ed esecuzione dei tamponi rapidi prima dell'accesso in Pronto Soccorso;
- ✓ Priorità di accesso alla visita del paziente e la sua adeguata collocazione;
- ✓ Frequenti sanificazioni degli ambienti per impossibilità di creazioni di percorsi differenziati strutturalmente per i pazienti positivi o sospetti;
- ✓ Attesa esiti tamponi molecolari;

- ✓ Necessità di esecuzione di due tamponi molecolari per determinati pazienti con forte sospetto clinico ma negatività del precedente tampone;
- ✓ Prolungamento dei tempi di permanenza per attesa dei tamponi;
- ✓ Distanziamento dei pazienti anche nelle degenze con conseguente riduzione dei posti letto per ricovero ordinario con un impatto sull'efficienza operativa;
- ✓ Tempi di attesa allungati per le indagini strumentali e di laboratorio per le continue sanificazioni di strumenti e ambienti;
- ✓ Aumento dei trasferimenti presso altre strutture per eventuali necessità di ricovero presso particolari reparti specialistici covid dedicati.

Sono state proposte alcune iniziative per migliorare questo obiettivo come:

- ✓ L'attivazione di percorsi per le urgenze dedicati a specifiche patologie o gruppi di pazienti
- ✓ L'attivazione di percorsi formalizzati di Fast Track per le prestazioni a bassa complessità e/o iperspecialistica
- ✓ Modalità flessibili di adeguamento delle risorse umane
- ✓ Abolire le modalità di comunicazione obsolete (es. fax)
- ✓ Percorsi formativi per tutto il personale dei P.S.
- ✓ Sistemi di rotazione del personale al fine di ridurre lo stress da lavoro correlato
- ✓ Integrazione dei sistemi informativi aziendali con il sistema informatico utilizzato dai P.S.
- ✓ Implementazione del cruscotto informativo "lavagna letti" in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili o liberi
- ✓ Garantire che tutti i servizi collegati all'attività di emergenza siano funzionanti 7 gg su 7.

Il P.O. di Partinico è stato convertito in ospedale covid in vari periodi dell'anno 2020 e fino al mese di giugno 2021. Da giugno fino a gennaio 2022 sono state riaperte le degenze ordinarie per pazienti non covid seppur con un numero di posti letto ridotti. Anche il P.O. di Termini Imerese ha avuto problemi durante il periodo del Covid, non ha potuto usufruire del servizio TC per sostituzione dell'apparecchio, così anche nel P.O. di Corleone che ha dovuto fare una convenzione con una struttura privata per fare eseguire gli esami di indagine TC. Il PS del P.O. di Partinico, anche se non più covid, ha dovuto fronteggiare le emergenze ricevendo i pazienti positivi trasportati dal 118 o giunti autonomamente dovendo garantire la sicurezza dei percorsi al personale e ai pazienti negativi. Infine il PS dell'Ingrassia ha visto un aumento degli accessi tramite 118 di circa 150 arrivi nel mese di novembre ed altrettanti nel mese di dicembre.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2019	Valore raggiunto 2021
Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2021 rispetto al 2020 N.B: Efficienza operativa $t = \frac{n.pazienti\ con\ permanenza >24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n.pazienti\ con\ permanenza < 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}$	$\geq 70\%$ o $\geq 50\%$	$\geq 70\%$ o $\geq 50\%$	↓
	P.O. G. F. INGRASSIA	0,89	0,30	0,57
	P.O. DEI BIANCHI CORLEONE	0,17	0,21	0,22
	P.O. MADONNA DELL'ALTO - PETR. SOTTANA	0,50	0,24	0,45
	P.O. CIVICO PARTINICO	0,83	0,58	0,41
	P.O. S. CIMINO TERMINI IMERESE	0,55	0,54	0,63
Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo) Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti Azione 1: monitoraggio continuo del sovraccollamento sulla base degli indicatori di sovraccollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ; Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraccollamento; Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraccollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori	Attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019)	Si	Si	Si

N.B. considerando i mesi di pandemia dell'anno il miglioramento è stato netto facendo presagire il raggiungimento dell'obiettivo per tutti i presidi in assenza di covid.

Obiettivo 6 DONAZIONE ORGANI

Con delibera 301 del 04/07/2019, si è provveduto a rinnovare la composizione del Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di procurement.

Si è aderito al protocollo d'intesa con il CRT relativamente all'accertamento di morte cerebrale e all'eventuale prelievo di organi e tessuti nota n° 1119/CSS del 14/05/2019. Si è organizzato nell'ambito



aziendale dei corsi di formazione e sensibilizzazione con la finalità di diffondere all'interno dell'ambiente ospedaliero la cultura e la operatività della donazione d'organo.

L'attività del 2021 si può sintetizzare nel modo seguente:

- Due accertamenti di morte cerebrale a cui è conseguita una donazione multi organo di fegato e reni;
- Un accertamento di morte cerebrale a cui è conseguita una donazione multi organo di fegato, reni e cornee;
- Un accertamento di morte cerebrale a cui non è conseguita nessuna donazione per diniego da parte degli aventi diritto.

Da questi dati si capisce che occorre fare ancora molto per inculcare la cultura della donazione di organi e tessuti.

Obiettivo 7 PRESCRIZIONE IN MODALITÀ DEMATERIALIZZATA

I medici dipendenti pubblici (ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, etc), sono individuati dal DA 12/08/2010 (GURS 27/08/2010) come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche. Il DA 2234/2015 (disposizioni inerenti le prescrizioni medicinali) ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione di farmaci. Tuttavia alcuni medici, seppur pochi, non si sono ancora adeguati.

L'attività dell'anno 2021 è di seguito sintetizzata:

Ob.7 – “Prescrizioni Dematerializzate” rilevate dal SistemaTS al 31/12/2021					
Indicatore 1)			Indicatore 2)		
Personale	Prescrittori	% prescrittori	n.ricette	Prescrittori	Media ricette
1.163	577	49%	138.394	577	240

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	N. Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione / N. totale dei medici	47%	35%	49%
numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS	totale ricette DEM prescritte / medici abilitati	159	274	240

Obiettivo 8 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

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

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

Il raggiungimento dell'obiettivo è basato sulla valutazione del numero dei consensi acquisiti e dei referti di laboratorio trasmessi.

Per quanto attiene l'indicatore “% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)” il completamento della fase di adeguamento delle procedure alla trasmissione delle ricette in formato CDA2-HL7, da parte del sistema informatico aziendale, è avvenuto ma vista la situazione critica e il ritardo da parte di Dedalus S.p.A , non è ancora completo.

Sintesi per il 2021 nella tabella sottostante:

Ob.8 – “Fascicolo Sanitario Elettronico” rilevato dal SistemaTS al 31/12/2021						
Indicatore 1)			Indicatore 2)			
N. consensi acquisiti	N. pazienti ricoverati anno 2021	% consensi	Strutture invianti in formato CDA2-HL7	N.ricette branca 11	N.referti di laboratorio in formato CDA2-HL7	≥ 90%
4.088	11.538	35%	P.O.Civico	3.150	2.878	91%
			P.O.Cimino	49.060	2.360	2%
			P.O.Ingrassia	43.893	13.682	31%
			Medic.Trasf.Cefalù	828	183	20%

Ob.8 – “Fascicolo Sanitario Elettronico” rilevato dal SistemaTS al 31/12/2021						
Indicatore 3)			Indicatore 4a)	Indicatore 4b)		
N. Pronto Soccorso Aziendali	N. PS ove è possibile consultare in modo celere il FSE dei pazienti e in particolare il PSS almeno 1 PS	% delle Strutture di PS	N.documenti (verbaliPS, lettere dimiss. osped., ecc) inviati al SistemaTS ≥1000	Strutture PS invianti a regime al SistemaTS (verbali di PS, lettere dimiss.ospedaliere, ecc.)	N.complessivo delle Strutture	Verbali PS ≥50% Lettere ≥50% Referti spec.≥50 %
5	0	0%	0	P.O.Civico	5	0%
				P.O.Cimino		0%
				P.O.Ingrassia		0%
				P.O. Madonna		0%
				P.O. dei Bianchi		0%

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

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

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

La funzione di I.A. è svolta all’interno della UOC Programmazione Controllo di Gestione ed è supportata da un gruppo di professionisti esterni della SocietàKPMG Advisory S.p.A.

L’obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 30.06.2021 prima e al 31.12.2022 poi, alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.



L'attività ha avuto un'impennata durante l'anno 2021 e a seguito della delibera n.121 del 04/02/2021 sono state approvate ed adottate:

- La Relazione del Risk Assessment anno 2021;
- Il Piano triennale di Audit 2021-2023;
- Il Piano annuale di Audit 2021

Nel corso degli interventi di audit, tramite intervista ai soggetti afferenti alle singole strutture organizzative è stato ripercorso il processo amministrativo-contabile ed extracontabile previsto dalle procedure adottate dall'Azienda, al fine di individuare eventuali gap di procedura e/o di processo. Sono state, altresì, effettuate verifiche documentali ed operative per riscontrare il processo di controllo interno implementato da ciascuna struttura organizzativa oggetto di verifica, previa selezione casuale di un set di items.

In conclusione, nel corso del 2021, sono state complessivamente auditate n.50 strutture aziendali delle 70 da auditare (come previsto dal Piano Audit 2021, approvato con deliberazione n.121 del 04/02/21), pari ad oltre il 71%; inoltre, 15 strutture sono state oggetto di follow-up di audit.

L'Ass.to Regionale della Salute, con nota prot.n.19635 dell'11/04/2022, ha formalizzato il proprio apprezzamento per lo sforzo fatto dall'ASP di Palermo, sia a livello organizzativo che strutturale, di intensificazione dell'attività di verifica presso le diverse strutture aziendali, raggiungendo peraltro un notevole numero di strutture con esito positivo.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R.2020	Valore raggiunto 2021
Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	Sì	Sì	Sì
Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	Sì	Sì	Sì

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

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

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

AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

1.1 Sanità veterinaria

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R.2020	Valore raggiunto 2021
1.1.A – Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	N. Aziende bovine e ovicaprine controllate / n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	4745/4739 99,9%	4599/4627 99,39%	4.957/4.960 99,9%
1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	BR bovina 25,28 gg BR ovi-caprina 28,78 gg.	BR bovina 24,05 gg BR ovi-caprina 29,01	BR bovina 27,30 gg BR ovi-caprina 24,38
1.1.C – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	50,09 gg	58,45 gg	58,22 gg
1.1.D – Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovicaprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	N. Aziende bovine e ovicaprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	Aziende bovine 177/2487=7,1% Aziende ovicaprine 116/2234= 5,2%	Aziende bovine 160/2516=6,36% Aziende ovicaprine 101/2248= 4,49%	Aziende bovine 130/2607=4,98% Aziende ovicaprine 141/2823= 4,99%
1.1.E – Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Percentuale di riduzione della prevalenza	Dati 2019 Pr. Br. Bovina=0,33 =-58,8% Ovicaprina=1,15 =-38,8%	Dati 2020 Pr. Br. Bovina=0,41 =-48,75% Ovicaprina=0,60 =-68,08%	Dati 2021 Pr. Br. Bovina=0,28 =-19,60% Ovicaprina=1,31 =-20,00%

1.2. Igiene degli alimenti

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
1.2.A – Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS);	Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici)	Sì L'UOC laboratorio medico di sanità pubblica e la UOS tossicologia e biochimica sono certificati ACCREDIA	Sì L'UOC laboratorio medico di sanità pubblica e la UOS tossicologia e biochimica sono certificati ACCREDIA	Sì L'UOC laboratorio medico di sanità pubblica e la UOS tossicologia e biochimica sono certificati ACCREDIA Sì
1.2.B – Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché: - Piano Nazionale Residui -Piano monitoraggio Molluschi bivalvi (solo ME e SR)	Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12, rispettivamente, entro il 31 luglio ed il 31 gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata	Sì UOC SIAON =486/466=104% UOC SIAPZ =108/108=100% UOC SIAN>98%	Sì UOC SIAOA=425/414=103% UOC SIAPZ =88/88=100% UOC SIAN>98%	Sì UOC SIAOA=434/421=103% UOC SIAPZ =90/90=100% UOC SIAN>98%
1.2.C – Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare	Sì 3877/3877=100%Si	Sì 3113/3119=99,81%	Sì 3215/3220=99,84%

1.3. Vaccinazioni

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
1.3.A – Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)	n. soggetti vaccinati / popolazione target residente	<p>Esavalente 10021/10594=94,59%</p> <p>Morbillo 9882/10594=93,28%</p> <p>Meningococco 8788/10594=82,95%</p> <p>Pneumococco 9770/10594=92,22%</p>	<p>Esavalente 9.376/10.952=85.6%</p> <p>Morbillo 9.647/10.952=88.8%</p> <p>Meningococco 8.128/10.952=74.2%</p> <p>Pneumococco 8.836/10.952=80.67%</p>	<p>Esavalente 8.879/10.170=87%</p> <p>Morbillo 9.012/10.170=93%</p> <p>Meningococco 8.397/10.170=74 %</p> <p>Pneumococco 8.560/10.170=84%</p>
1.3.B – Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini)	Relazione sulle attività svolte	Si	Si	Si
1.3.C – Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale	10 Si 545.362/545.362= 100%	Si 400.890/400.890= 100%	Si 424.280/424.280= 100%
1.3.D – Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018)	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	Si	Si	Si
1.3.E – Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Non risultano casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia congenita	Non risultano casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia congenita	Non risultano casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia congenita
1.3.F – Notifica delle malattie infettive	N. notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	1/1=100%	0/0=100%	0/0=100%

1.4. Tutela ambientale

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R.2020	Valore raggiunto 2021
1.4.A – Sorveglianza malformazioni congenite	Segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto al 2017	Da verificare su piattaforma informatica Assessorato Salute	n.10 malformazioni neonatali n.1 IVG terapeutica	n.10 malformazioni neonatali n.1 IVG terapeutica
1.4.B –PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute	Raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/20	Sì Corso regionale BICIDI; riunione comitato tecnico reg. REACH e del gruppo di coord. Reg. REACH; riunioni mensili ispettori REACH; adesione delibera Focal Point n.360 del 25/03/2019	n.4 riunioni reg. n.2 riunioni Gruppo di Coord. N.1 campion.effett. Formazione n.1 corso di ricaduta per ispett. REACH	Sì n.4 incontri Ispettori REACH n.2 gruppi di coordinam.al DASOE n.4 corsi di formazione n. 3 campionamenti
1.4.D – Amianto	Registro mesoteliomi: Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019	12/12=100%	8/8=100%	5/5=100%
1.4.E – Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)	Report: invio entro il 31/10/2020	Sì (Interventi avviati)	Sì (Interventi avviati)	Sì (Interventi avviati)

1.5. Prevenzione luoghi di lavoro

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
1.5.A – sorveglianza lavoratori ex esposti	Invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	Report = Sì Aumento 10% inviti, e adesioni 250/740 = 33.7% Implementazione base arruolabili 98/740=13.2%	Report = Sì Aumento 10% inviti, e adesioni = 740/740 (100%) Implementazione base arruolabili = SI Adesioni=139/740(18.7%)	Report = Sì Aumento 10% inviti, e adesioni = 740/740 (100%) Implementazione base arruolabili = No



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

2.1. Sicurezza dei pazienti

La "Relazione annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi prefissati nel piano aziendale per la gestione del rischio clinico – anno 2021" è consultabile al link <http://qualitarischioclinico.asppalermo.org/>

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Percentuale di completezza della compilazione della scheda A e della scheda B degli eventi sentinella, comprensive cioè di analisi dell'evento avverso, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES)	11/11 =100%	100%	12/12 =100%
2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	Sì	No causa covid	Sì
2.1.B – Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	Sì	No causa covid	Sì
2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualitasicilia SSR	Sì	Sì	Sì
2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette	100%	100%	100%
2.1.E – Adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	Sì	Sì	Sì

2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita	Si	Si	no
2.2.B – La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	Attuazione delle direttive regionali	Si	Si (tranne P.O.Madonna dell'Alto)	no

2.3. PDTA

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
2.3.A – Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) secondo direttive regionali.	Report sulla base degli indicatori di monitoraggio specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali	Si	Si	Si

2.4 Appropriatelyzza

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

2.5 Outcome

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

2.6 Trasfusionale

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
2.6.A – Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati: Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (D n.51 del 17.01.2019)	(Previsione di raccolta delle EC - raccolta a consuntivo delle EC) / previsione di raccolta delle EC	4.559 / 4600 99,10%	4.294 / 4600 93.35%	87%
2.6.B – Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018.	Kg di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) nell'anno di riferimento - Kg. di Plasma raccolti nell'anno 2018.	anno 2019 = 1239Kg. / anno 2018 = 1091,57= +147,43 Kg. Pari a + 113% di produzione	anno 2020 = 1.483,54Kg. / anno 2019= 1.239= +244,54 Kg.	Plasma prodotto > al target obiettivo: 87% di produzione plasma (giustificato)

AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

3.1. Cronicità

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (<i>Diabetici</i> a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA) \geq 6,5 Progetto IGEA; <i>Scompensati Cardiaci</i> a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100	\geq 90%	\geq 95.9%	\geq 90%

3.2 Fragilità

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
3.2.A – Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi	Sì	Sì	Sì

3.3. Disabilità e non autosufficienza

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	V.R 2019	Valore raggiunto 2020
3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità	Formalizzazione della procedura	Sì	Sì	Sì
3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali	Tempestivo pagamento del 100%	Sì	Sì	Sì
3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	N. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali X 100	84,6%	80%	82%

3.4 Privacy

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

Obiettivo EQUILIBRIO DI BILANCIO

In atto il bilancio di esercizio non è stato redatto, né si è avuta la negoziazione delle risorse con l'Assessorato Regionale della Salute, ma soltanto un incontro preliminare.

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



Obiettivo TEMPI DI ATTESA

Osservanza degli adempimenti prescritti espressamente dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), predisposto in attuazione dell'Intesa- Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019/2021 di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266 (PNGLA), al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa.

VEDI Obiettivo 3

Obiettivo CONTENIMENTO SPESA PERSONALE

1. La spesa personale anno 2020, al netto di alcune voci come previsto dalla normativa, è stata inferiore rispetto al tetto di spesa anno 2004 ridotto del 1,4% .
2. L'art. 9, comma 28 del D.L. n.78/2010 convertito nella Legge n. 122/2010 prevede, tra l'altro che *"..... a decorrere dall'anno 2011, le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo possono avvalersi di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite del 50% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009"* e che *" le disposizioni di cui al presente comma costituiscono principi generali ai fini del coordinamento della finanza pubblica ai quali si adeguano le regioni, le province autonome, gli enti locali e gli enti del SSN"*.

Tale quadro normativo di riferimento costituisce il presupposto giuridico fondante della necessità di procedere ad una revisione della spesa sostenuta per le assunzioni a tempo determinato in chiave riduttiva, che sia però coniugata con la necessità imprescindibile di assicurare le esigenze assistenziali che sono, ad oggi, garantite da varie figure professionali assunte a tempo determinato, nelle more del compimento delle procedure assunzionali a tempo indeterminato, che sono state avviate dall'Azienda dopo lo sblocco delle stesse disposto dall'Assessorato della Salute.

Nel corso degli anni 2020-2021 si è proceduto all'avvio di numerose procedure concorsuali, tuttavia i tempi ordinari di svolgimento delle procedure e le difficoltà riscontrate nel reclutamento a tempo indeterminato hanno comportato una contenuta riduzione dei livelli della spesa per il personale a tempo determinato, rispetto al limite percentuale previsto dalla citata disposizione legislativa. In questo stesso periodo, inoltre, è stata effettuata la stabilizzazione di personale precario, sia della dirigenza che del comparto, a copertura di posti vacanti e disponibili per il medesimo profilo professionale, il cui effetto è stato in gran parte neutralizzato dai pensionamenti anticipati quota 100 di cui al D.L. n.4/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n.26/2019.

Tale ultima normativa ha determinato una consistente fuoriuscita di un numeroso contingente di personale, dirigenziale e del comparto, gran parte del quale verrà rimpiazzato in esito all'espletamento



delle procedure concorsuali, in atto in fase di svolgimento, per cui nelle more taluni settori strategici possono essere garantiti soltanto mediante il ricorso al contratto a tempo determinato, unico strumento dell'Azienda per continuare ad assicurare l'offerta assistenziale ed il mantenimento dei LEA.

Il costo del personale a tempo determinato è riferito alle voci stipendiali di tabellare, indennità che gravano sui fondi contrattuali aziendali, oneri sociali e IRAP, incluso il costo del personale della dirigenza ruolo professionale con incarico 15 septies del D.L. n.502/1992 ed escluso il costo del personale reclutato per emergenza Covid di tutti i ruoli.

Tabella degli incarichi a tempo determinato anni 2020-2021:

Incarichi tempo determinato	Anno 2020	Anno 2021
Dirigenza	85	116
Comparto	178	208
Totale	263	324

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
Rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n. 190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/2009	Rispetto del tetto di spesa (relazione)	Sì	Sì	Sì
Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel. Rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato	Redazione del programma	No	Sì	Sì

Obiettivo CONTENIMENTO SPESA BENI E SERVIZI

Approvvigionamenti

Si conferma per l'anno 2021 che nell'espletamento delle procedure necessarie per l'acquisizione di beni e servizi, fatta eccezione per le Gare centralizzate programmate (CUC e/o di bacino) si è fatto sempre ricorso a procedure Consip e Me.Pa. come previsto dalla normativa vigente per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno. Il tutto, comunque, nel rispetto della normativa nazionale e regionale nel caso in cui i prezzi fossero competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori.

Ove invece i prodotti e i servizi da approvvigionare non siano risultati presenti su Consip o Me.Pa o altre centrali di committenza e nel caso in cui si sia dovuto fare ricorso ad un operatore esclusivista (in



presenza di stringente motivazione circa l'esclusività che possa autorizzare l'affidamento diretto) ovvero ancora le basi d'asta delle singole procedure siano risultate superiori alla soglia comunitaria, si è fatto ricorso, come previsto dalla normativa di riferimento ex art.58 del D.Lgs. 50/2016, alla piattaforma di eprocurement Maggioli che è stata appositamente utilizzata per le negoziazioni e le procedure aperte.

Inoltre, si conferma che sono sempre stati rispettati tetti di spesa previsti dal Budget assegnato, garantendo il contenimento e riduzione della spesa.

Progettazione e Manutenzione

Le procedure di acquisto di beni e servizi da parte della UOC Progettazione e Manutenzione sono state esperite facendo esclusivo ricorso a CONSIP, ME.PA. ed alle Centrali uniche di Committenza.

Logistica e servizi esternalizzati

In riferimento all'obiettivo aziendale "Contenimento della spesa per beni e servizi" afferente tutte le linee d'intervento della UOC Logistica e servizi esternalizzati, nell'anno 2020 si è fatto ricorso esclusivamente alle procedure Consip/MePa, così come regolamentato dalla normativa vigente in materia, sia a livello nazionale che regionale. Non si è fatto ricorso ad affidamenti diretti non giustificati né sistematici per l'affidamento dei servizi di competenza, né sono stati rinnovati contratti in difetto di programmazione.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi. In particolare, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di Bacino), dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure Consip e Me.Pa, ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett d) della Legge 7 agosto 2012, n. 135 di conversione con modificazioni del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e, comunque, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale e dei relativi atti regolamentari e/o attuativi nel caso in cui i prezzi siano competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori In ogni caso, è fatto divieto al ricorso a procedure negoziate e di urgenza — con esclusione dei casi di privativa industriale — non giustificato e sistematico ed il rinnovo di contratti in difetto di programmazione	Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi	Sì	Sì	Sì



Obiettivo CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Dalle ultime rilevazioni dei dati emerge che la situazione pandemica ha inciso su tutte le attività relative al monitoraggio della spesa farmaceutica. La gran parte delle analisi è stata portata avanti mediante una fitta corrispondenza di note o avvisi con la classe medica o tramite i Distretti Sanitari relativamente a problematiche di appropriatezza prescrittiva. In particolare oltre alle 9 categorie oggetto del DA1634/19, è stata attenzionata l'ATC degli R03, ovvero i farmaci dell'apparato respiratorio. Importanti ripercussioni sulla spesa sono state determinate dal rinnovo automatico dei piani terapeutici vista la riduzione di accesso alle strutture ospedaliere. Altro motivo di spesa è stato l'impatto dei nuovi farmaci, ben 57 nuove specialità, quasi tutti in fascia H o A-PHT. Di seguito si analizzano brevemente i 4 ambiti della spesa farmaceutica:

1. Distribuzione diretta
 2. Convenzionata
 3. Ospedaliera aziendale e farmaci innovativi
 4. Distribuzione per conto
1. Nel corso del 2021 la spesa sostenuta per la distribuzione diretta è stata superiore ai 63 milioni di euro, come da tabella sottostante elaborata dal programma aziendale in dotazione C4H:

Distribuzione Diretta		
	Anno 2020	Anno 2021
Importo	€ 58.555.282	€ 63.636.349

In merito alla distribuzione diretta il Dipartimento del Farmaco è coinvolto su due differenti fronti:

- ✓ Verifica dell'appropriatezza prescrittiva pre-erogazione
- ✓ Gestione, verifica e monitoraggio dei farmaci ad utilizzo ormai cronico di fascia A-PHT e H.

Il personale si è occupato di tutte le attività necessarie al fine di garantire la corretta gestione del servizio di distribuzione diretta, anche a domicilio, dei beni sanitari (farmaci/ presidi) ai pazienti aventi diritto e ai servizi distrettuali/aziendali quali carceri, PTE, PPI, PPIP, ambulatori specialistici, punti prelievi, radiologia e diagnostica ufficio prevenzione e igiene, RSA, servizio di emergenza- urgenza sanitaria S.U.E.S. – 118, HUB vaccinali con il monitoraggio delle giacenze e dei consumi e lo scarico dei farmaci scaduti.

2. La gestione della farmaceutica convenzionata, come nell'anno 2020, è stata influenzata e caratterizzata dall'emergenza pandemica ed il decreto che ha principalmente orientato il governo della Farmaceutica Convenzionata a livello provinciale è stato il DA 1634/2019.

Nell'anno 2021 c'è stato nuovamente un boom delle prescrizioni per alcune categorie. Tale aumento si è registrato in percentuale sia a livello regionale che addirittura a livello italiano come si può desumere dal prospetto in basso:

ASP Palermo	Ob. DA 1634/2019	Anno 2021 consolidato
A02 farmaci per disturbi correlati all'acidità	€ 17.692.789,71	€ 18.421.195,00
A10 farmaci usati nel diabete	€ 10.214.881,65	€ 10.858.009,00
C09 sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	€ 25.144.856,24	€ 25.144.853,00
C10 sostanze modificatrici dei lipidi	€ 16.890.525,93	€ 18.545.222,00
G04 urologici	€ 5.790.676,93	€ 5.805.541,00
J01 antibatterici per uso sistemico	€ 13.183.087,67	€ 11.089.667,00
J02 antimicotici per uso sistemico	€ 1.289.466,92	€ 1.329.473,00
M01 antinfiammatori e antireumatici	€ 3.082.153,94	€ 3.274.465,00
M05 per il tratt. delle malattie delle ossa	€ 2.299.443,99	€ 2.642.150,00
Totale ASP – Risparmio effettivo	€ 95.587.882,98	€ 97.080.575,00

3. In merito ai farmaci innovativi, questa Azienda acquista per le strutture private ed accreditate ai sensi del DA 686/18.

La spesa nell'anno 2021 è stata di gran lunga superiore all'anno precedente:

ANNO 2020 innovativi ---> € 5.382.263,50

CAR T 2020 ---> € 644.629,00

ANNO 2021 innovativi ---> € 8.277.201,26

CAR T 2021 ---> € 4.365.695,50

Questo perché è stata aggiunta ai precedenti Centri accreditati, per la prima volta, anche la Casa di Cura Macchiarella per i farmaci oncologici innovativi ed anche perché ci sono stati un numero maggiore di trattamenti CAR T rispetto all'anno precedente (13 trattamenti vs 2).

4. I farmaci oggetto di Distribuzione per Conto sono dispensati per il tramite delle Farmacie private convenzionate, pertanto la valutazione del contenimento della spesa è effettuata successivamente all'erogazione degli stessi ai pazienti, mediante le procedure di addebito e/o contestazione delle prescrizioni ed erogazioni ritenute inappropriate sia alle farmacie, ai MMG nonché agli specialisti, così come declinato nelle procedure dettate dalla vigente normativa.



E' rilevante specificare che nel mese di gennaio con DDG 46/2021, l'Assessorato Regionale della Salute ha individuato questa Azienda quale ASP capofila per la gestione dei farmaci in DPC per tutta la Regione Sicilia. Tale individuazione ha reso l'attività dell'Ufficio DPC di questa Azienda uno snodo fondamentale per garantire sia il monitoraggio della spesa farmaceutica che dell'appropriatezza prescrittiva. Inoltre, la nascita dell'ASP capofila ha portato i seguenti vantaggi in termini di razionalizzazione della spesa:

- ✓ Armonizzazione delle tendenze prescrittive dei MMG/PLS in relazione alle specialità medicinali oggetto di aggiudicazione;
- ✓ Centralizzazione della gestione delle scorte di magazzino sui 19 depositi individuati in Regione per la DPC;
- ✓ Riduzione degli scaduti grazie alla rotazione tra i magazzini individuati per la DPC;
- ✓ Uniformità dei prezzi di acquisto in tutta la Regione;
- ✓ Razionalizzazione economica e logistica del canale distributivo regionale;
- ✓ Ottimizzazione degli aspetti gestionali del canale distributivo;
- ✓ Abbattimento delle erogazioni in regime di farmaceutica convenzionata in tutta la Regione.

Il Dipartimento Farmaceutico ha attivato tutte le misure finalizzate al contenimento della spesa, la completa divulgazione dei nuovi indicatori di consumo ai medici dell'ASP e l'avvio delle azioni di monitoraggio.

Obiettivo FLUSSI INFORMATIVI

Il raggiungimento degli obiettivi nel corso dell'anno 2021 è stato reso più difficoltoso da due eventi imprevedibili:

1. La pandemia da covid 19, con i conseguenti risvolti sull'attività lavorativa di tutte le strutture assistenziali e non;
2. La riorganizzazione dell'assetto aziendale con il trasferimento di risorse umane e delle relative competenze che hanno provocato in alcuni casi la perdita di personale con una conoscenza ed una pratica di diversi anni.

Tuttavia, tutti i flussi regionali e ministeriali sono stati costantemente monitorati e regolarmente inviati.

Inoltre l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo è stata oggetto del progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana nelle attività connesse al



mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione — CIG 6891146194"

Il Progetto ha previsto adozioni di metodologie di condivisione e di costante monitoraggio al fine di evidenziare criticità relative ai flussi informativi:

- Beni e Servizi;
- Personale Dipendente;
- Personale Convenzionato;
- Controllo di Gestione.

Tutti i flussi sono certificati per completezza e qualità del dato da parte del Responsabile della struttura di produzione del flusso.

Nel corso dell'anno si sono tenute diverse riunioni, specie online, con i responsabili, i referenti e i tecnici della ditta Dedalus per una verifica delle problematiche nell'intento di migliorare l'interfaccia dei vari software utilizzati.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi", sia di istituzione nazionale che regionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alla qualità del dato, anche, in termini di coerenza con altre fonti informative e, di completezza, avuto riguardo tanto alle strutture di competenza dell'Azienda che alla periodicità di ciascun file, secondo i criteri di valutazione che saranno specificati con separato atto dell'Assessorato	Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi" (monitoraggio e azioni di miglioramento)	Sì	Sì	Sì

Obiettivo PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Nell'anno 2021 è stato adottato il PTPC 2021-2023 giusta delibera n.92 del 26/01/2021.

Con successiva circolare prot.n.51 del 10/02/2021 sono state individuate le misure generali e specifiche da osservare per l'anno 2021 da parte dei vari Referenti Aziendali, anche con riferimento agli obiettivi specificamente indicati nel suddetto PTPC. Nel corso dell'anno è stato effettuato un costante monitoraggio riguardo il rispetto delle suddette misure, che in linea generale sono state prontamente realizzate dai Responsabili. Si precisa che dove si sono verificati casi di conflitto di interesse, sono state adottate le misure correttive finalizzate alla risoluzione di detti conflitti. E' stata monitorata la compilazione delle modulistiche riguardanti anche delle possibili situazioni di inconferibilità e incompatibilità conferiti a vario titolo.

In particolare, tra le attività anticorruzione aventi una concreta ricaduta positiva sull'attività dell'Azienda, si ricorda l'applicazione delle linee guida redatte dall'ANAC nell'anno 2020 con le quali è stato raccomandato alle PP.AA., relativamente all'acquisizione di beni e servizi mediante procedura



negoziata di procedere con la pubblicazione di un bando, ciò al fine di garantire, nella misura più ampia possibile, il principio di concorrenza.

Si sottolinea la particolare attenzione in ordine alla corretta compilazione del c.d. “patto di integrità” che ciascuna ditta partecipante alle procedure di acquisto e/o di forniture deve sottoscrivere unitamente all’Azienda, a pena esclusione, così come inserito nel PTPC.

Ulteriori misure di prevenzione e trasparenza sono quelle adottate dall’Azienda attraverso l’adozione del Regolamento disciplinante il “conferimento degli incarichi dirigenziali”, il Regolamento sugli “incarichi di funzione” e l’approvazione, già dal 2019, dei Regolamenti sugli “incarichi a tempo determinato” della Dirigenza e del Comparto, oltre che quello sulla “mobilità del personale”.

Si è provveduto, a seguito dell’operazione denominata “Sorella Sanità” da parte della Procura della Repubblica di Palermo, a misure concrete come l’immediata adozione della “misura specifica” della “rotazione straordinaria” della quasi totalità dei Responsabili delle strutture coinvolte.

Nel 2021 si è avuta, comunque, la rotazione della quasi totalità dei Dirigenti titolari di Struttura Complessa.

La Direzione Strategica ha anche separato la figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione dalla figura del Responsabile della Trasparenza, anche se è continua la collaborazione dei due responsabili.

L’attività relativa alla Trasparenza si è incentrata nell’attività di monitoraggio della Sezione “Amministrazione trasparente”, presente nel sito internet aziendale e porta di accesso alle informazioni per il cittadino utente. A seguito di tale attività si è svolta un’intensa azione di sensibilizzazione verso talune macrostrutture aziendali, in ordine all’aggiornamento della Sezione stessa. Questo in collaborazione con l’UOC Coordinamento Staff Strategico dove afferisce il “Gruppo di lavoro aggiornamento sito”:

Il P.T.P.C. 2021-2023 e la Relazione annuale del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione sono pubblicati sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Altri contenuti / Prevenzione della Corruzione.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corrutivi in sanità	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione: redazione Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali	Sì	Sì	Sì
Osservanza degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n_97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza: redazione del Piano Triennale per l'integrità e la trasparenza e monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali. Gestione del sito internet aziendale.	Sì	Sì	Sì

Obiettivo LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

Attualmente in Azienda si svolge solo ALPI in regime ambulatoriale presso spazi interni all'Azienda e ALPI per consulenze e in convenzione.

Anno 2021 - Medici autorizzati all'ALPI n.120 (di cui 9 specialisti ambulatoriali interni) e 15 psicologi. Se si vuole fare una distinzione di genere: 33 sono femmine e i restanti 87 sono maschi.

L'ALPI deve essere espletata per le prestazioni sanitarie ricomprese nei LEA. Tutto il regolamento è racchiuso nel Piano ALPI 2021.

L'Azienda utilizza per l'ALPI un tariffario delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, unico in ambito aziendale, adottato con delibera n.417 del 16/12/14, che riporta il valore minimo e massimo all'interno del quale il professionista individua la propria tariffa. (Il suddetto tariffario è consultabile nella pagina del sito aziendale)

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2019	V.R. 2020	Valore raggiunto 2021
Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia di libera professione intramuraria ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 3 agosto 2007 n. 120 e s.m.i.	Osservanza delle disposizioni in materia (monitoraggio e relazione)	Sì	Sì	Sì



4.3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2021- OBIETTIVI ANNUALI 2021 PER STRUTTURA

La Direzione Strategica ha declinato gli obiettivi strategici triennali, individuando opportuni obiettivi operativi per l'anno 2021 che consentano di perseguire gli obiettivi strategici stabiliti, quindi li ha assegnati alle macrostrutture (Dipartimento – Distretto Sanitario – Distretto Ospedaliero e UU.OO. di Staff) e alle singole strutture complesse. Inoltre, sono definiti ulteriori obiettivi annuali per le aree non coperte dagli obiettivi specifici triennali.

Per l'anno 2021 i valori di performance organizzativa raggiunti dalle strutture assegnatarie di obiettivi, sulla base di quanto rendicontato dai responsabili delle medesime strutture e esaminato/riscontrato dal Controllo di Gestione, sono di seguito riportati:

STRUTTURE ASSEGNATARIE DI OBIETTIVI DI BUDGET 2021		% raggiungimento Performance organizzativa Anno 2021
UU.OO. della Direzione Aziendale		
	Coordinamento staff strategico (UOC)	100%
	Programmazione, Controllo di Gestione	100%
	Legale (UOC)	100%
	Psicologia (UOC)	100%
	Sviluppo e gestione dei progetti sanitari (UOC)	100%
	Servizio Prevenzione e Protezione (UOC)	100%
	Centro Gestionale screening (UOC)	100%
	Educazione alla Salute Aziendale (UOS)	100%
	Sorveglianza Sanitaria (UOS)	100%
	SIS (UOS)	100%
I Dipartimenti Sanitari funzionali		
	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	100%
	Cure primarie (UOC)	100%
	Medicina legale e fiscale (UOC)	100%
	Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (UOC)	100%
	DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	100%
	Integrazione Socio-sanitaria(UOC)	100%
	Assistenza riabilitativa territoriale (UOC)	100%
	DIPARTIMENTO ATTIVITA' OSPEDALIERE	100%
	Ospedalità pubblica e privata (UOC)	100%
I Dipartimenti Sanitari strutturali		
	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	98%
	Sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva (UOC)	100%

	Igiene degli ambienti di vita (UOC)	100%
	Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale (UOC)	100%
	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (UOC)	80%
	Impiantistica ed antinfortunistica (UOC)	100%
	Laboratorio medico di sanità pubblica (UOC)	100%
	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO	100%
	Igiene urbana e lotta al randagismo (UOC)	100%
	Sanità animale – Area A (UOC)	100%
	Igiene della produzione degli alimenti di origine animalei – Area B (UOC)	100%
	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C (UOC)	100%
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	100%
	Modulo 1 (UOC) <i>Misilmeri-Palermo</i>	100%
	Modulo 2 (UOC) <i>Palermo</i>	100%
	Modulo 3 (UOC) <i>Palermo</i>	100%
	Modulo 4 (UOC) <i>Palermo</i>	100%
	Modulo 5 (UOC) <i>Palermo</i>	100%
	Modulo 6 (UOC) <i>Termini Imerese-Bagheria</i>	100%
	Modulo 7 (UOC) <i>Cefalù-Petralia Sottana</i>	100%
	Modulo 8 (UOC) <i>Corleone-Lercara Friddi</i>	100%
	Modulo 9 (UOC) <i>Partinico-Carini</i>	100%
	Dipendenze patologiche (UOC)	100%
	Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UOC)	100%
	DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA FAMIGLIA	99.7%
	Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia (UOC) + Ginecologia e Ostetricia di Partinico (UOD) + Ginecologia e ostetricia di Corleone (UOS)	100%
	DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Ginecologia e ostetricia (UOC)	90%
	DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Pediatria (UOC) +Pediatria di Partinico (USD) + Pediatria di corleone (UOS)	100%
	DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Ginecologia e ostetricia (UOC)	100%
	DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Neonatologia (UOC)	100%
	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	100%
	Farmaceutica, vigilanza e farmaco epidemiologia (UOC)	100%
	Integrazione farmaceutica ospedale-territorio (UOC)	100%
	Farmacia ospedaliera P.O." Ingrassia" (UOC)	100%
	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	100%
	Laboratorio Analisi - DO 1 P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	100%
	Laboratorio Analisi - DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese (UOC)	100%
	Laboratorio Analisi - DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo (UOC)	100%
	Anatomia e Istologia patologica DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo (UOC)	100%
	Medicina trasfusionale (UOC)	100%
	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	100%
	Radiologia - DO 1 P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	100%

	Radiologia - DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo (UOC)	100%
DIPARTIMENTO EMERGENZA - URGENZA		99.10%
	Terapia Intensiva - DO 1 P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	95%
	Servizio di anestesia - DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - (UOC)	98.79%
	Terapia Intensiva - DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - (UOC)	93.60%
	Pronto Soccorso - DO 1 P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	97.95%
	Pronto Soccorso - DO 2 P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC)	99.10%
	Astanteria - DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - (UOC)	98.65%
i Distretti Sanitari		
	Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)	99.50%
	Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)	100%
	PTA "Biondo" (UOC)	100%
	PTA "Casa del Sole" (UOC)	100%
	PTA "E. Albanese" (UOC)	100%
	PTA "Guadagna" (UOC)	100%
	PTA "PA Centro" (UOC)	100%
i Distretti Ospedalieri		
P.O. "Civico" di Partinico		
	Direzione Sanitaria (UOC)	100%
	Medicina interna (UOC)	90%
	Cardiologia-UTIC (UOC)	94%
	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione (UOC)	90%
	Chirurgia generale (UOC)	99.50%
	Ortopedia e traumatologia (UOC)	100%
	Urologia (UOC)	100%
P.O. "Dei Bianchi" di Corleone		
	Funzioni igienico-organizzative (UOS)	100%
	Medicina interna (UOSD)	92.36%
	Chirurgia generale (UOSD)	100%
P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese		
	Direzione Sanitaria (UOS)	100%
	Medicina interna (UOC)	96.91%
	Chirurgia generale (UOC)	98.99%

	Otorinolaringoiatria (UOC)	100%
	Ortopedia e traumatologia (UOC)	94.60%
P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana		
	Direzione Sanitaria (UOS)	97%
	Medicina interna (UOC)	91.68%
	Chirurgia Generale (UOSD)	100%
P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo		
	Direzione Sanitaria (UOC)	100%
	Gastroenterologia ed endoscopia - Screening colon retto (UOS)	95.18%
	Medicina interna (UOC)	97.20%
	Cardiologia-UTIC con emodinamica (UOC)	99.39%
	Geriatrics (UOC) + Lungodegenza (UOS)	99.15%
	Chirurgia generale (UOC)	99.39%
	Ortopedia e traumatologia (UOC)	96.58%
Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo		
	Direzione Sanitaria (UOS)	100%
	Unità spinale (UOC)	100%
	Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)	100%
Coordinamento Amministrativo Presidi ospedalieri e territoriali		
	Area 1	100%
	Area 2	100%
	Area 3	100%
Dipartimenti Amministrativi		
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE		100%
	Stato giuridico, Programmazione e acquisizione risorse umane (UOC)	100%
	Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI (UOC)	100%
	Affari generali e convenzioni (UOC)	100%
	Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali (UOC)	100%
DIPARTIMENTO RISORSE TECNOLOGICHE, FINANZIARIE E STRUTTURALI		100%
	Bilancio e programmazione (UOC)	100%
	Gestione del patrimonio (UOC)	100%
	Progettazione e manutenzioni (UOC)	100%
	Approvvigionamenti (UOC)	100%

Le schede di tutte le suddette strutture con esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i valori attesi e i valori raggiunti sono riportati nell'*allegato 1*.



4.4. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

L'articolo 7, comma 2, lett. a) del d.lgs. 150/2009 stabilisce che all'Organismo indipendente di valutazione "compete la misurazione e valutazione della performance organizzativa di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso attraverso la validazione della Relazione sulla Performance".

5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

5.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il sistema di valutazione della performance è quello previsto dal D.Lgs 150/2009 innovato dal D.Lgs 74/2017, in cui si coniuga la performance organizzativa conseguita dalle strutture organizzative con quella individuale attribuita ai dirigenti e al personale del comparto.

La performance individuale è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione, in altre parole, il contributo fornito dal singolo al conseguimento della performance complessiva dell'organizzazione.

L'aggiornamento della normativa e le circolari aziendali hanno consentito di attuare la diffusione della informazione a tutto il personale in particolare sulla correlazione tra risultati e riconoscimento economico. Ancora per l'anno 2021 si è fatto 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. Il sistema prevede due distinte 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.

Il percorso valutativo delle performance individuali annuali si svolge con fasi e tempi comuni al Comparto e alle due aree dirigenziali. La Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ad essa assegnati dagli organismi regionali e della relativa pianificazione, procede alla definizione ed all'assegnazione degli obiettivi alle strutture aziendali. I Direttori delle strutture assegnatarie di obiettivi, coadiuvati dai dirigenti delle strutture afferenti, si impegnano a:



- diffondere gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;
- coordinare l'assegnazione "a cascata" degli obiettivi individuali;
- informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- sovrintendere al processo di valutazione, dall'assegnazione degli obiettivi sino al momento della valutazione finale.

Il governo del processo di valutazione da parte del Direttore della macrostruttura e della UOC, adeguatamente documentato, è sottoposto alla verifica da parte dell'OIV ai fini della proposta di valutazione individuale dei Direttori delle strutture assegnatarie di budget

La valutazione delle performance individuali annuali viene documentata attraverso la compilazione della scheda per la valutazione del Comparto e della Dirigenza.

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. A tal proposito, la norma prevede all'art. 9 lett. d) del D. Lgs 74/2017, la *"capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi"*.

Oggetto della valutazione è, per il personale del comparto: a. il contributo al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali; b. la qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali e organizzativi. Per il personale dirigenziale, la valutazione della performance individuale è collegata ai seguenti aspetti: 1. Agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità; 2. al raggiungimento di specifici obiettivi individuali; 3. alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate.

Nell'ambito della valutazione dei comportamenti dei dirigenti/responsabili di unità organizzative, una specifica rilevanza viene attribuita alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata anche tramite una significativa differenziazione dei giudizi. La scheda di valutazione individuale annuale - anno 2021- pubblicata sul sito aziendale, prevede come indicato nell'art. 9 lett. a) del citato decreto, che la valutazione della performance individuale, sia collegata anche *"agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità ai quali è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva"*; pertanto, a seconda del grado di responsabilità e al ruolo del valutato



(Direttore/Dirigente/Comparto) , è diversamente distribuita la ripartizione dei pesi per le diverse aree oggetto di valutazione secondo il seguente schema:

Le dimensioni della *performance* individuale.

Risorsa umana	Ambiti della <i>performance</i> individuale	Peso
Direttore di macro-struttura (Dipartimento, Distretto sanitario, Distretto ospedaliero, UOC)	Risultati legati agli obiettivi annuali dell'unità organizzativa di diretta responsabilità	60
	Risultati relativi a obiettivi individuali assegnati al dirigente	25
	Contributo alle strategie aziendali attraverso le competenze manageriali	15
<i>tot</i>		100
Dirigente responsabile di UOS e Personale dirigente	Risultati legati agli obiettivi annuali dell'unità organizzativa di diretta responsabilità	55
	Contributo alla performance generale della struttura	15
	Risultati relativi a obiettivi individuali assegnati al dirigente	30
<i>tot</i>		100
Personale non dirigente	Risultati di obiettivi individuali e/o di gruppo	30
	Comportamenti	50
	Contributo alla performance dell'U.O.	20
<i>tot</i>		100

Secondo lo stesso criterio è diversa la soglia a cui si accede ad una valutazione positiva:

- Per i Direttori di macrostruttura valutazione positiva con un punteggio ≥ 46
- Per i Dirigenti di UOS e professional valutazione positiva con un punteggio ≥ 40
- Per il Personale del Comparto valutazione positiva con un punteggio ≥ 21 .

E' necessario evidenziare che l'Organismo Indipendente di Valutazione ha fornito nuovi elementi metodologici di cui l'U.O. Valutazione e Valorizzazione delle Risorse Umane ha preso atto e che, sono stati definitivamente regolamentati e applicati a partire dal 2020 col nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, già approvato dallo stesso OIV.



5.2. GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

Ciò consente di:

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

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

Le schede per l'assegnazione degli obiettivi individuali sono riportate nell'allegato 3. La valutazione individuale, come descritto nel paragrafo precedente, oltre che su specifici obiettivi assegnati si basa anche su comportamenti generali e competenze professionali che nelle schede sono dettagliatamente riportati.

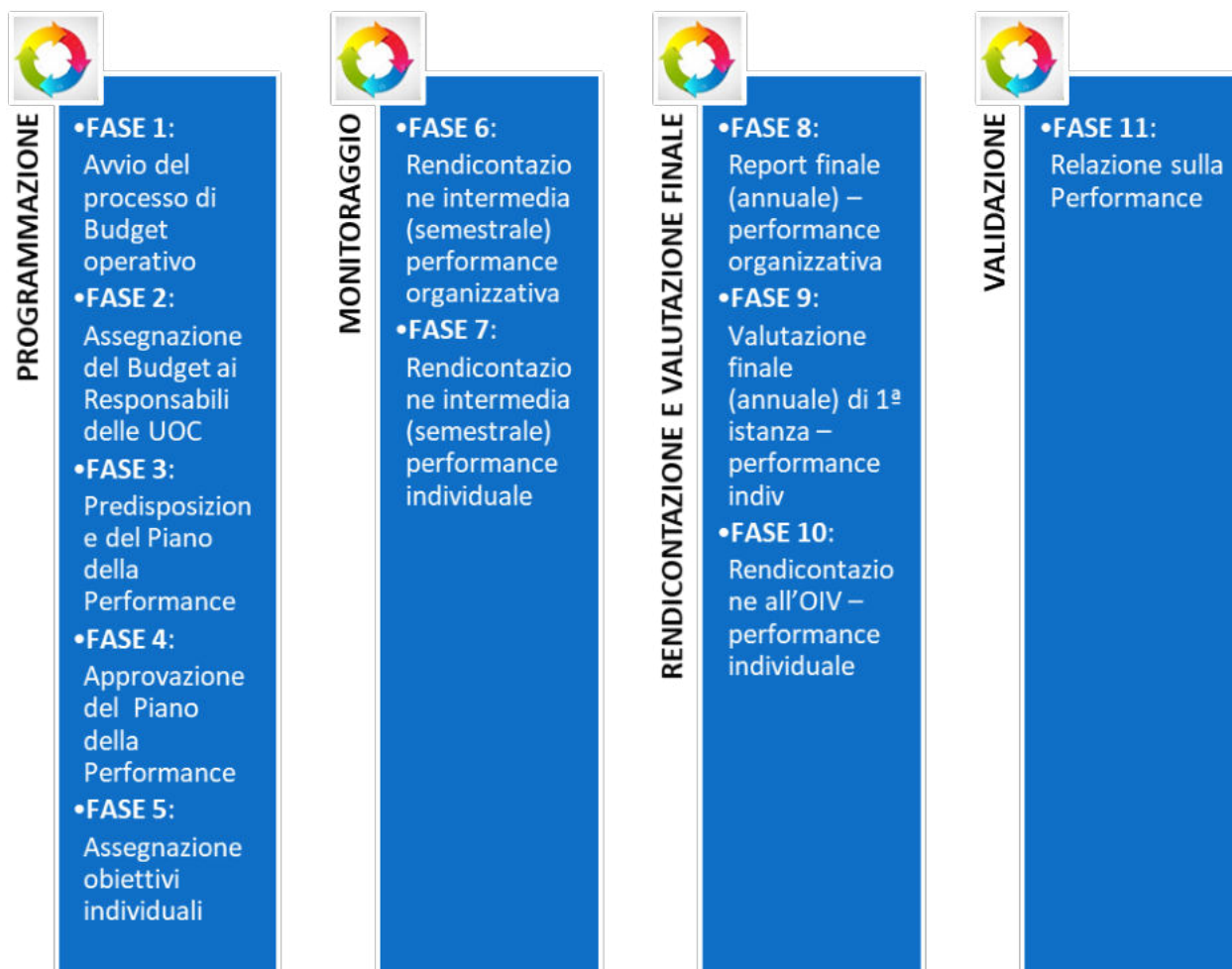
Le modalità per la declinazione degli obiettivi di performance individuale possono variare o anche essere compresenti in funzione delle situazioni concrete:

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

Nella presente Relazione, considerata la complessità dell'organizzazione aziendale, si riportano gli obiettivi individuali assegnati ai Direttori delle macrostrutture e ai Direttori di UOC (vedi allegato 2), con la precisazione che gli "specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità" previsti nelle schede di valutazione individuale coincidono con gli obiettivi operativi per l'anno 2021. V. allegato 1

6. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Nel 2021 il processo di misurazione e valutazione della performance (organizzativa ed individuale) si è svolto seguendo le fasi e modalità sotto descritte:



FASE 1: Avvio del processo di Budget operativo

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale - Obiettivi strategici aziendali
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Nomina del Gruppo di lavoro Budget e avvio del processo di budget.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Nota di nomina del Gruppo di lavoro Budget
SOGGETTI E RUOLI	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Strategica ⇨ nomina Gruppo di lavoro - Gruppo di lavoro ⇨ sovrintende al processo di budget

FASE 2: Assegnazione del Budget ai Responsabili delle UOC

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi strategici aziendali: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria regionali; ✓ Piano Attuativo Aziendale ✓ Piano Triennale della Performance ✓ Relazione sulla Performance (anno precedente) ✓ Programma Regionale Valutazione Esiti ✓ Piano della Prevenzione ✓ Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione; ✓
AZIONI	<p>Il Gruppo di lavoro Budget:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avvia il Processo di Budget anche mediante eventuali incontri con i responsabili delle macrostrutture finalizzati ad individuare gli elementi principali per poter definire la proposta di budget per le macrostrutture e le UOC; - analizza le eventuali variazioni proposte dai responsabili delle macrostrutture ed elabora la scheda di budget finale; <p>La Direzione Strategica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consegna le schede di budget (della macrostruttura e delle UOC) ai responsabili di macrostruttura che firmano per accettazione, fermo restando eventuali richieste di modifica; <p>Il responsabile della Macrostruttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - firma per accettazione la scheda di budget della Macrostruttura e delle UOC afferenti; - incontra i responsabili di UOC per discutere la proposta di budget per singola unità operativa afferente alla Macrostruttura; - inoltra eventuali osservazioni al GdLB per la validazione entro il termine assegnato; - segue il percorso valutativo definito nel Regolamento per la valutazione del personale e il monitoraggio degli obiettivi.
OUTPUT	Schede di budget delle Macrostrutture e delle UOC
SOGGETTI E RUOLI	<ul style="list-style-type: none"> - GdLB:

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ avvia e sovrintende il processo di budget; ✓ svolge funzioni di supporto tecnico/consultivo ai Responsabili delle Macrostrutture in relazione alle schede di budget; - Responsabili delle Macrostrutture: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ricevono le schede di budget della Macrostruttura e delle UOC afferenti alla stessa e propongono eventuali variazioni; ✓ diffondono gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale ✓ seguono il percorso valutativo definito nel Regolamento per la valutazione del personale e il monitoraggio degli obiettivi - Direzione Strategica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ viene informata dal GdLB sullo stato di avanzamento del processo di budget ✓ approva e consegna le schede di budget (alle Macrostrutture e alle UOC)
--	---

FASE 3: Predisposizione del Piano della Performance

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Linee guida per il Piano della performance – DFP (giugno 2017) - Schede di budget delle Macrostrutture e delle UOC
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - UOC Programmazione Controllo di Gestione riceve le Schede di Budget dal GdLB, per la predisposizione del Piano della Performance e trasmette la proposta di delibera alla Direzione Generale
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Piano della Performance
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - GdLB - UOC Programmazione Controllo di Gestione - Direzione Generale

FASE 4: Approvazione del Piano della Performance

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Proposta di delibera del Piano della Performance
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore Generale visto il Piano della Performance lo approva con la adozione della relativa deliberazione. - L'UOS Comunicazione e Informazione pubblica sul sito aziendale il piano della Performance - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione comunica l'adozione del Piano della Performance all'OIV.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Delibera di approvazione e adozione del Piano della Performance
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Generale - UOS Comunicazione e Informazione - Programmazione Controllo di Gestione

FASE 5: Assegnazione obiettivi individuali

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Piano della Performance - Schede obiettivi di budget
-------	---

AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore Generale, con la consegna delle schede di budget, dà indicazioni ai Direttori delle macrostrutture e delle UOC di effettuare l'assegnazione "a cascata" degli obiettivi individuali a tutto il personale dirigente e del comparto con le apposite schede; - L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane predispone i modelli delle schede di valutazione individuale e le pubblica sul sito aziendale e supporta i Direttori delle strutture assegnatarie di budget nel processo; - I Direttori delle strutture assegnatarie di obiettivi di budget, coadiuvati dai dirigenti delle strutture afferenti, si impegnano a: <ul style="list-style-type: none"> ✓ diffondere gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale; ✓ coordinare l'assegnazione "a cascata" degli obiettivi individuali; ✓ informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali; ✓ sovrintendere al processo di valutazione, dall'assegnazione degli obiettivi al momento della valutazione finale.
OUTPUT	- Schede di valutazione individuali
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Generale - UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane - Direttori delle strutture assegnatarie di obiettivi di budget - Tutto il personale dirigente e del comparto

FASE 6: Rendicontazione intermedia (semestrale) performance organizzativa

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Piano della Performance oggetto del monitoraggio contenente la lista dei controlli/obiettivi definiti in sede di approvazione del documento; - Dati acquisiti dal data warehouse di controllo direzionale; - Relazioni e report acquisiti dalle macrostrutture e UOC (semestrali);
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione: <ul style="list-style-type: none"> ✓ acquisisce i dati dal data warehouse di controllo direzionale e le relazioni di attività dalle strutture assegnatarie di Budget (debito informativo); ✓ mette a disposizione della Direzione Aziendale e dell'OIV le rendicontazioni;
OUTPUT	- Rendicontazioni semestrali
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabili delle Macrostruttura - UOC Programmazione Controllo di Gestione - Direzione Strategica - OIV

FASE 7: Rendicontazione intermedia (semestrale) performance individuale

INPUT	- Schede di valutazione individuali
AZIONI	- I dirigenti valutatori: ✓ monitorano l'andamento della performance attraverso valutazioni intermedie, colloqui e riunioni di verifica, adeguatamente documentate;
OUTPUT	- colloqui e riunioni di verifica
SOGGETTI	- Dirigenti valutatori (secondo il Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale) - Tutto il personale dirigente e del comparto

FASE 8: Report finale (annuale) – performance organizzativa.

INPUT	- Piano della Performance oggetto del monitoraggio contenente la lista dei controlli/obiettivi definiti in sede d approvazione del documento; - Dati acquisiti dal data warehouse di controllo direzionale; - Relazioni e report acquisiti dalle macrostrutture e UOC (annuali);
AZIONI	- L'UOC Programmazione Controllo di Gestione: ✓ acquisisce i dati dal data warehouse di controllo direzionale e le relazioni di attività dalle strutture assegnatarie di Budget (debito informativo); ✓ elabora il report per la verifica finale e attribuisce il punteggio provvisorio di performance organizzativa sul grado di raggiungimento degli obiettivi.
OUTPUT	- Report finale (annuale)
SOGGETTI	- UOC Programmazione Controllo di Gestione - Responsabili delle Macrostrutture e UOC

FASE 9: Valutazione finale (annuale) di 1ª istanza – performance individuale.

INPUT	- Schede di valutazione individuali; - Relazioni e report prodotti dalle macrostrutture e UOC (annuali);
AZIONI	- Il dirigente valutatore: ✓ a conclusione del periodo oggetto di valutazione ed esaminata la documentazione a corredo, effettua il colloquio individuale di valutazione finale con il valutato, al termine del quale attribuisce il punteggio; - il dipendente valutato : ✓ ha l'obbligo di firmare la scheda di valutazione attestante l'avvenuto colloquio finale e per presa visione della scheda di valutazione;
OUTPUT	- Schede di valutazione individuali annuali con punteggio attribuito
SOGGETTI	- Dirigenti valutatori (secondo il Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale) - Tutto il personale dirigente e del comparto

FASE 10: Rendicontazione all'OIV – performance individuale.

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Schede di valutazione individuali annuali con punteggio attribuito; - Elenchi dei valutati con i relativi punteggi;
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore della macrostruttura: <ul style="list-style-type: none"> ✓ predispone gli elenchi dei valutati con i relativi punteggi e li trasmette alla U.O. Valutazione e valorizzazione delle risorse umane allegando, per i dipendenti del comparto copia del frontespizio della scheda, per i titolari di posizioni organizzative e per tutti i dirigenti, copia della scheda completa e della relazione individuale; ✓ evidenzia nella comunicazione alla U.O. Valutazione e valorizzazione risorse umane la eventuale presenza di richieste di revisione delle valutazioni; - L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane: <ul style="list-style-type: none"> ✓ effettuato il controllo formale delle valutazioni individuali di prima istanza, sottopone all'O.I.V. , per il tramite della Struttura Tecnica Permanente, gli elenchi e le valutazioni individuali di prima istanza. - L'OIV: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica la regolarità del processo di valutazione individuale. - L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conclude le valutazioni individuali e la verifica di regolarità dell'OIV, trasmette al Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari generali gli elenchi delle valutazioni individuali per la corresponsione del sistema premiante.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Elenchi dei valutati con i relativi punteggi
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Direttori di macrostruttura - UOS valutazione e valorizzazione risorse umane - OIV

FASE 11: Relazione sulla Performance

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Linee guida per la Relazione annuale sulla performance – DFP (novembre 2018) - Report finale (annuale)
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione elabora la Relazione sulla Performance e trasmette la proposta di adozione alla Direzione Generale; - Il Direttore Generale adotta la Relazione sulla Performance con deliberazione; - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione comunica l'adozione della Relazione sulla Performance all'OIV e alla UOS Comunicazione e Informazione; - L'UOS Comunicazione e Informazione pubblica sul sito aziendale la Relazione sulla Performance; - L'OIV: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Redige il documento di validazione della Relazione sulla Performance, e tramite la Struttura Tecnica Permanente, provvede alla pubblicazione sul sito web aziendale;



	<ul style="list-style-type: none"> ✓ a conclusione dell'iter di competenza, comunica alla Direzione Generale il documento di validazione e procede alle eventuali comunicazioni di cui all'art.14, comma 4, lettera b) del d.lgs.150/09; - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione notifica la delibera di adozione della Relazione sulla Performance e il documento di validazione redatto dall'OIV al Dipartimento Risorse Umane per la erogazione dei premi, ove dovuti.
OUTPUT	- Delibera di approvazione e adozione della Relazione sulla Performance
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - UOC Programmazione Controllo di Gestione - Direzione Generale - UOS Comunicazione e Informazione - OIV - Dipartimento Risorse Umane



ALLEGATO 1

**LE SCHEDE DI PERFORMANCE
ORGANIZZATIVA PER STRUTTURA
CON I RISULTATI**

Scheda obiettivo	
Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	
PUNTI 5	
SUB-OBIETTIVO N. 1 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 25%)	
Intraprendere azioni volte a garantire maggiore trasparenza e la prevenzione della corruzione.	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della legalità destinata a tutti i dipendenti, con particolare riferimento a coloro che gestiscono procedimenti/processi di lavoro classificati in base al Piano di prevenzione della corruzione vigente a più alto rischio di fenomeni corruttivi. Le azioni dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico: l'analisi dei processi in seno all'Area di riferimento nonché l'identificazione in seno ad ogni processo dei rischi e delle misure di prevenzione ritenute più efficaci per contrastare e ridurre i fattori abilitanti l'evento rischioso preso in esame.
Indicatore	Inoltro al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento le seguenti indicazioni: 1) denominazione processi/procedure analizzate; 2) per ciascun processo o procedura indicazione dei rischi individuati e dei correlati fattori abilitanti il rischio; 3) per ciascun rischio e correlati fattori abilitanti di cui al punto 2). L'indicazione delle misure di prevenzione ritenute opportune per contrastare i rischi esaminati.
Valori attesi	Trasmissione Relazione attestante l'analisi dei processi/procedimenti in due fasi (50% entro il primo semestre e 100% finale)
Data inizio/fine	Entro il 30/06/2021 Entro il 30/11/2021
SUB-OBIETTIVO N. 2 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 25%)	
Intraprendere azioni volte a garantire la insussistenza di conflitti di interesse.	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sul tema conflitto di interessi ed obbligo di astensione come regolamentati dal PTPC Aziendale. Le azioni di sensibilizzazione dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico, il potenziamento e il monitoraggio dei controlli delle dichiarazioni da rendere in materia di obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, ai sensi dell'Art. 6 e 7 del DPR 62/2013 e dell'art. 6-bis della l. 241 del 1990.
Indicatore	1. acquisizione e conservazione in seno alle strutture di appartenenza delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi prodotte dai dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a responsabile unico del procedimento; 2. monitoraggio della situazione, attraverso l'aggiornamento, con cadenza periodica annuale della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ricordando a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate; 3. esemplificazione di alcune casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara); 4. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale (ad esempio, il responsabile dell'ufficio nei confronti del diretto subordinato); 5. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione; 6. compilazione della apposita modulistica prevista dal vigente PTPC per agevolare la presentazione tempestiva di dichiarazione di conflitto di interesse (modelli F, D, E);
Valori attesi	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei Referenti aziendali di unreport ove siano indicati: - i nominativi dei dipendenti che nell'ambito della Struttura di appartenenza, nel corso dell'anno hanno prodotto le dichiarazioni come previste dal vigente PTPC sia al momento dell'assegnazione all'ufficio o nel corso di svolgimento di attività istituzionali ad es. in caso di nomina a responsabile unico del procedimento/responsabile del procedimento - Le attività svolte di cui ai punti 2,3,4,5,6.
Data inizio/fine	Entro il 30/11/2021
SUB-OBIETTIVO N. 3 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 50%)	
Intraprendere azioni volte a garantire maggiore trasparenza e la prevenzione della corruzione.	
Descrizione	Ampliamento della Mappatura dei procedimenti/processi mediante l'applicazione dei nuovi criteri di cui all'Allegato1 del PNA 2019 e tenuto conto delle indicazioni contenute nella norma ISO31000 Realizzazione della mappatura dei procedimenti/processi di lavoro e individuazione dei correlativi fattori di rischio corruttivo di pertinenza di ciascuna struttura Aziendale.
Indicatore	Individuazione di processi/procedimenti/attività/fasi in seno a ciascuna struttura aziendale; individuazione del valore di priorità del rischio e delle misure generali e specifiche adottate come da allegato al PTPC.
Valori attesi	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'allegato debitamente compilato in ciascuna parte a carico dei Referenti Aziendali
Data inizio/ fine	Entro il 30/06/2021

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Supporto per la realizzazione della progettazione aziendale	3.1	Supporto ai Responsabili di progetto per la realizzazione della progettazione aziendale	20		SI (allegare relazione)	SI	20
4	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) (U.O. Qualità Continua Migliorativa)	4.1	Realizzazione degli interventi 2.1.A, 2.1.B, 2.1.C, 2.1.E., 2.2.B.	20	SI	SI (allegare relazione)	SI	20
5	Elaborazione di Piano formativo aziendale ECM (U.O. Formazione)	5.1	N. corsi formativi ECM realizzati / N. corsi formativi ECM indicati nel Piano formativo ECM	10	7/8 87,5%	>=50%	3/4 75%	10
6	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B) (U.O. Formazione)	6.1	Soddisfaccimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 132: Organizzazione di corso di formazione aziendale destinato ai PP.OO. con supporto didattico da da parte di UOC Psicologia e Dipartimento Salute mentale su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri. Item n. 142 Organizzazione di corso di formazione aziendale destinato ai PP.OO. con supporto didattico da parte di UOC Psicologia e Dipartimento Salute mentale per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) (U.O. Comunicazione e informazione)	7.1	Pubblicazione sul sito aziendale del monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali trasmesso dalla UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) (U.O. Comunicazione e informazione)	8.1	Realizzazione degli interventi 2.2.A e 2.2.B.	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
9	Applicazione delle procedure interne per la valutazione individuale del personale dipendente (U.O. Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane)	8.1	N. valutazioni individuali che seguono le procedure interne / N. valutazioni individuali pervenute	15	6.751 / 6.751 100%	>=90%	4.472/4.472 100%	15
10	Attività degli uffici della Direzione Strategica	10.1	Rendicontazione/Relazione degli uffici della Direzione Strategica	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
			totale peso	100				100

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Programmazione, Controllo di Gestione

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Piano della performance	3.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Piano della performance"	15	SI	SI (allegare documentazione)	SI	15
4	Relazione sulla performance	4.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Relazione sulla performance"	15	SI	SI (allegare documentazione)	SI	15
5	Relazione sulla Gestione	5.1	Trasmissione alla UOC Bilancio e Programmazione della "Relazione sulla Gestione"	15	SI	SI (allegare documentazione)	SI	15
6	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate	15	SI	SI	SI	15
		6.2	Monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato	5	SI	SI	SI	5
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Realizzazione degli audit previsti nel Piano di Internal Audit	15	SI	SI (allegare documentazione)	SI	15
8	Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"	8.1	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale	10		100%	SI	10
totale peso				100				100

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Legale

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Monitoraggio delle attività di gestione del contenzioso	3.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso, con specifica descrizione delle cause contenzioso e tipologie, valore delle singole cause e stima del grado di soccombenza.	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
		3.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	SI	5
		3.3	N. procedure attivate per recupero crediti / N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite	5	36/36 100%	100%	16/16 100%	5
		3.4	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
		3.5	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai Legali con adozione delle relative determinine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	0	SI	Stralciato		0
4	Monitoraggio delle attività relative al contenzioso del lavoro	4.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso del lavoro, con specifica descrizione delle cause, del valore delle singole cause, della stima del grado di soccombenza.	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
		4.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento.	5	SI	SI (allegare documentazione)	SI	5
		4.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI	SI (allegare documentazione)	SI	5
		4.4	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai legali con adozione delle relative determinine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	SI	5
5	Monitoraggio delle attività relative alla gestione sinistri del personale	5.1	Gestione assicurativa polizze RCT/O - Infortuni - Kasko: N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri/N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti	10	174/174 100%	> 80%	284/284 100%	10
		5.2	Gestione liquidazione franchigia: N. totale liquidazioni effettuate in franchigia / N. di sinistri da liquidare in franchigia	5	12/12 100%	> 80%	4/4 100%	5
		5.3	Procedure denunce sinistri: N. Polizza gestite/N. procedure avviate	5	3/3 100%	> 80%	4/4 100%	5
6	Monitoraggio delle attività relative alle sanzioni	6.3	Produzione di report direzionale delle attività relative alle sanzioni	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
7	Regolamentazione tariffe per compensi legali	7.1	Applicazione del regolamento sulle tariffe degli avvocati esterni	5	SI	SI	SI	5
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	8.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.E - Adempimenti Legge 24/2017: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
totale peso				95				95

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Psicologia

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto degli obblighi ex D.L. 81/08 per la gestione dello Stress Lavoro Correlato	3.1	Attività di consulenza specialistica rivolta ai dipendenti con difficoltà in ambito lavorativo (Sportello di Ascolto S.L.C.). N. dipendenti accolti entro 5 gg. lav. / N. dipendenti che accedono allo Sportello S.L.C.	30		>= 80%	24/24 100%	30
4	Organizzazione eventi formativi destinati agli Psicologi dell'ASP	4.1	N. eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia	20		>=2	5	20
5	Attività Psicologiche relative all'emergenza Covid-19	5.1	Attività di sostegno psicologico rivolto agli operatori sanitari impegnati nell'emergenza Covid-19, anche in modalità da remoto. N. Operatori sanitari assistiti nell'anno 2021. N. Interventi Psicologici effettuati nell'anno 2021.	20		SI Rilevazione e report	SI	20
		5.2	Attività di sostegno psicologico rivolto ai pazienti affetti da Covid-19 e loro familiari (sia in regime di ricovero che altrimenti domiciliati) svolta in modalità da remoto. N. Pazienti e Familiari assistiti nell'anno 2021. N. Interventi Psicologici effettuati nell'anno 2021.	20		SI Rilevazione e report	SI	20
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Ricognizione, individuazione e accertamento dei fabbisogni dei presidi di estinzione incendi mobili installati nelle strutture specialistiche ambulatoriali di superficie tra 500 e 1000 mq.	3.1	N. strutture specialistiche ambulatoriali di superficie 500-1000 mq. nelle quali è stata predisposta la ricognizione, individuazione e accertamento dei fabbisogni dei presidi di estinzione incendi mobili installati / N. complessivo di strutture specialistiche ambulatoriali di superficie 500-1000 mq.	45		>=50%	7/12 =58,3%	45
4	Ricognizione, individuazione e accertamento dei fabbisogni dei presidi di estinzione incendi mobili installati nelle strutture specialistiche ambulatoriali di superficie >N. 1000 mq.	4.1	N. strutture specialistiche ambulatoriali di superficie > 1000 mq. nelle quali è stata predisposta la ricognizione, individuazione e accertamento dei fabbisogni dei presidi di estinzione incendi mobili installati / N. complessivo di strutture specialistiche ambulatoriali di superficie 500-1000 mq.	45		>=50%	10/20=50%	45
			totale peso	100				100

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Centro Gestionale Screening								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
Screening oncologici								
3	Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	5	56.042 / 56.042 100%	100%	56.042 / 56.042 100%	5
4	Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	4.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	10.393 / 50.266 21%	>=50%	7.884/52.241 15% pap test 8.501/34.411 25% HPV test	2
5	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	5.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	5	87.616 / 87.616 100%	100%	88.883 / 88.883 100%	5
6	Adesione del programma di screening del tumore della mammella (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	6.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	34.012 / 78.392 43%	>=60%	27.595/ 83.661 33%	2
7	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	7.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	5	167.331 /167.331 100%	100%	177.926 /177.926 100%	5
8	Adesione del programma di screening del colon retto (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	8.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	34.426 /155.645 22%	>=50%	45.204/174.125 26%	2
9	Definizione tempi d'attesa per l'invio degli esiti negativi	9.1	N. esiti negativi inviati alla spedizione postale entro 1 settimana dalla registrazione dell'esito negativo / N. esiti negativi registrati	5		>=0,5%	>=0,5%	5
10	Miglioramento dell'informazione agli utenti	10.1	N. di risposte fornite entro 48 ore sui social media alle richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici / N. richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici	5		>=95%	>=95%	5
		10.2	N. di risposte fornite entro 48 ore tramite front office Whatsapp alle richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici / N. richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici	5		>=90%	>=90%	5
11	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (Customer satisfaction)	11.1	N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici a cui si somministra questionario di soddisfazione tramite approccio telefonico / N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici	5		>=0,5%	>=0,5%	5
12	Analisi modello precede-proceed screening mammografico e screening colon retto	12.1	Produzione di documenti di esito dell'analisi	9		SI (allegare documento)	SI	9
13	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	13.1	Compilazione survey nazionali GISMa, GISCoR, GISCi entro 15 giorni dopo la scadenza	10		SI (allegare relazione)	SI	10
14	Validazione procedure U.O. Centro Gestionale Screening	14.1	Produzione documento relativo a validazione procedure U.O. Centro Gestionale Screening	10		SI (allegare relazione)	SI	10
15	Rendicontazione attività sul programma degli screening oncologici (Accountability)	15.1	Realizzazione di incontri con Comitato consultivo aziendale e MMG	5		>=1	>1	5
16	Attivazione Farmacie per consegna SOF test su accordo regionale	16.1	N° farmacie attivate per consegna SOF test	5		>=20	240	5
17	Aggiornamento della banca dati anagrafica anagrafica	17.1	N. aggiornamenti annuali della banca dati anagrafica	5		1	>1	6
18	Rendicontazione e Pianificazione attività relativa al programma degli screening oncologici	18.1	N. incontri annuali con le UU.OO.SS. aziendali degli screening oncologici	5		>=2	>2	5
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Realizzazione di Progetti di promozione della salute	3.1	Attivazione di équipe per la conduzione di gruppi per la cessazione dell'abitudine al fumo	45		Si (allegare relazione)	Si	45
		3.2	Avvio attività relative a progetto PSN su prevenzione incidenti domestici	45		Si (allegare relazione)	SI	45
			totale peso	100				100

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sorveglianza Sanitaria

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Sorveglianza sanitaria in ambito aziendale	3.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del dl 81/2008	55	100%	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	100%	55
4	Sorveglianza sanitaria in ambito nei confronti di soggetti esterni	4.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale dipendente da aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2020 / N. richieste di visite mediche da parte di aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2020	35	1.074/1.074 100%	>=90%	100%	35
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	3,1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	45	SI	SI (allegare report)	SI	45
		3,2	Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento	45	SI	SI (allegare relazione)	SI	45
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5		100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5		100%	100%	5
3	Programmazione e coordinamento degli interventi progettuali in integrazione e coerenza con la pianificazione strategica aziendale ed in accordo con le procedure e le linee guida aziendali di riferimento allo specifico ambito progettuale	3,1	n. di progetti coordinati/ monitorati / n.progetti assegnati (PSN,QSN,Progetti Europei,...)	40		100%	156/156 100%	40
4	Ricognizione semestrale di tipo prospettico dei progetti in essere e/o relativo inventario finalizzato alla rendicontazione verso il competente Ass.to Regionale	4.1	n. report prodotti all'Ass.to / n.report richiesti dall'Ass.to	20		100%	100%	20
5	Rilascio del parere di congruità alle strutture proponenti il progetto	5.1	n. pareri rilasciati / n. di progetti avviati	30		100%	21/21 100%	30
			totale peso	100				100

Dipartimento di Prevenzione

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Monitoraggio Obiettivi contrattuali di salute e funzionamento 2019-2020: Obiettivo 11 (PAA) - Area 1	4.2	Trasmissione report alla UOC Coordinamento Staff Strategico secondo le tempistiche richieste	15	SI	SI	SI	15
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	10	95,8%	100%	100%	10
		5.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	10	100%	100%	100%	10
		5.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	10	100%	100%	100%	10
		5.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	10	80%	100%	80%	8
		5.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	10	100%	100%	100%	10
		5.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	10	100%	100%	100%	10
		5.7	UOC Accreditamento	0				0
			totale peso	90				88

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
<i>Coperture Vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive</i>								
3	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.A Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017-)	3.1	N. soggetti vaccinati / popolazione target residente	10	Morbillo Parotite Rosolia 9.882/10.594=93,28% Meningococco:8.788 / 10.594=82,95 % Pneumococco: 9.770 / 10594 = 92,22%	esavalente, morbillo- parotite-rosolia, meningococco e pneumococco 92 - 95% a 24 mesi	esav.8.879/10.170 (87%) MPR9.012/10.170 (93%) mening.8.397/10.170 (74%) pneum.8.560/10.170 (84%)	10
4	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.B Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini)	4.1	Relazione sulle attività svolte	10	SI	SI	SI	10
5	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.C Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale nell'anno 2019 (PRP 2014/2018)	5.1	N. vaccinazioni registrate nel 2021/ N. vaccinazioni effettuate nel 2021 (con riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale)	10	545.362 / 545.362 100%	100%	424.280/424.280 100%	10
6	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.D Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018)	6.1	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Implementazione del Sistema di Sorveglianza per le Malattie Infettive	7.1	N° di notifiche inserite nel Sistema PreMal / N. totale notifiche di malattie infettive pervenute.	10	138 / 138 100%	≥ 95 %	485/506 96%	10
8	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	8.1	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	10	718 / 718 100%	100%	506/506 100%	10
<i>Altri obiettivi</i>								
9	Vaccinazioni internazionali	9.1	N. di soggetti sottoposti a vaccinazioni internazionali / N. di soggetti che ne fanno richiesta idonei alla vaccinazione	10	532 / 532 100%	100%	188/188 100%	10
10	Raccolta e codifica delle informazioni riportate nelle schede ISTAT di morte, elaborazione dei dati a livello locale e trasmissione al Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Regionale del Flusso ReNCaM	10.1	N. schede di morte codificate e registrate / N. schede di morte pervenute	10	11.525 / 11.525 100%	100%	10.095/10.095 100%	10
		10.2	Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNCaM" (entro il 31 marzo 2021)	10	SI	SI	SI	10
totale peso				100				100

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli ambienti di vita

N. V. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	<i>Tutela Ambientale:</i> Riunioni "focalpoint"	3.1	N. Riunioni realizzate / N. di Riunioni programmate	15	3 / 3 100%	3 / 3 (allegare documentazione delle riunioni)	nessuna riunione causa covid	15
4	Monitoraggio condizioni igieniche nelle carceri	4.1	N. Case Circondariali verificate / n° Case Circondariali	15	4 / 4 100%	100%	4 / 4 100%	15
5	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali	5.1	N. di pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali	15	144 / 144 100%	100%	52/52 100%	15
6	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006	6.1	N. di pareri igienico sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006 rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste pervenute per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006	15	12 / 12 100%	100%	6/6 100%	15
7	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	7.1	N. di pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	15	41 / 41 100%	100%	29/29 100%	15
8	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per la realizzazione di opere pubbliche	8.1	N. pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche	15	127 / 127 100%	100%	40/40 100%	15
			totale peso	100				100

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale								
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
<i>Attività di Controllo Ufficiale - DDG n. 2435/2018 "PRIC Sicilia 2015 - 2018 Aggiornamenti annualità 2018 - 2019"</i>								
3	Piano regionale di controllo ufficiale sulla presenza di Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) negli alimenti (DDG n. 358 del 12/05/2020)	3.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare 8 campioni	5	8/8	9/9	9/9	5
4	Piano regionale di controllo ufficiale dei Contaminanti agricoli e delle tossine vegetali negli alimenti - Anni 2020/2022 (DDG n.536 del 19/07/2020)	4.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	10	13/13	19/19	19/19	10
5	Piano regionale di monitoraggio (alimenti) per i contaminati agricoli e le tossine vegetali naturali inclusi nel regolamento (CE 1881/2006) anni 2020-2021 (DDG n.537 del 16/07/2020)	5.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	8/8	8/8	8/8	5
6	Piano Regionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con Radiazioni Ionizzanti 2020-2022 (DDG n. 376 del 26/05/2020)	6.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	4/4	4/4	4/4	5
<i>Prodotti fitosanitari:</i>								
7	Piano regionale di controllo dei residui di prodotti Fitosanitari in alimenti di origine vegetali e animali e Piano Comunitario di Controllo (PCC) anno 2020 (DDG n.535 del 16/07/2020)	7.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	10		15/15	15/15	10
8	Piano regionale di controllo ufficiale sui Prodotti Fitosanitari e dei residui degli stessi negli alimenti	8.1	Rispetto Flusso informativo	5	SI	SI	SI	5
9	Ispezioni presso le rivendite, i locali di deposito, gli esercizi di vendita, i depositi di stoccaggio delle ditte che vendono fitofarmaci e loro coadiuvanti all'utilizzatore finale	9.1	N. ditte autorizzate ispezionate / N. ditte autorizzate	20	14/14	14/14	14/14	20
10	Ispezioni nelle aziende agricole per il controllo ufficiale degli utilizzatori di fitofarmaci	10.1	N. aziende registrate ispezionate / N. aziende registrate	20	12/12	12/12	12/12	20
<i>Programma Integrato Celiachia:</i>								
11	Rispetto Flusso informativo	11.1	Trasmissione flussi informativi entro il 31 marzo	5	SI	SI	SI	5
12	Alimenti Destinati a gruppi speciali della popolazione /ex ADAP) (DDG n. 1889/2018 Anno 2020)	12.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	12/12	20/20	20/20	5
totale peso				100				100

Dipartimento di Prevenzione: UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
<i>Prevenzione nei Luoghi di Lavoro</i>								
<i>Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP</i>								
3	Cantieri edili:	3.1	N. cantieri edili controllati / N. di notifiche preliminari anno 2018	10	150 / 842 17,8%	>= 17%	127/715 17,76%	10
4	Aziende Agricole	4.1	N. di aziende agricole ispezionate / N. di aziende agricole ispezionabili	10	133 / 130 >100%	100%	220/220 100%	10
5	Attività di informazione e formazione	5.1	N. di iniziative di informazione e formazione realizzate / N di iniziative di informazione e formazione da realizzare	10	3 / 3 100%	100% (3 / 3) (allegare documento di programmazione e documentazione delle iniziative realizzate)	3 / 3 100%	10
<i>Attuazione direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale</i>								
6	Sorveglianza lavoratori ex esposti	6.1	Invio report trimestrale al Servizio DASOE competente	10	SI	Si	Si	10
		6.2	N. di lavoratori ex esposti invitati / N. di lavoratori ex esposti	10	250 / 740 33,7% no >10% rispetto 2019	>= 10% ripetto al 2020	19/490 3,87%	0
		6.3	N. di lavoratori ex esposti sottoposti ad accertamenti sanitari / N. di lavoratori ex esposti rispondenti positivamente all'invito	10	98 / 740 13,2% no >10% rispetto al 2019	>= 10% ripetto al 2020	19/490 3,87%	0
<i>Altri obiettivi</i>								
7	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	7.1	N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF / N. segnalazioni pervenute nel 2018	10	86 / 86 100%	100%	36/36 100%	10
8	Controlli nei cantieri bonifica amianto	8.1	N. di controlli / N. Piani di Lavoro presentati	10	220 / 808 27,2%	>= 5%	100/698 14,32%	10
9	PAA - AREA 1 - intervento 1.4.D Sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale	9.1	N. di inchieste epidemiologiche effettuate in casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale / N. di denunce, referti, deleghe della AG di casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale pervenute allo SPreSaL	10	12 / 12 100%	>=80%	5/5 100%	10
totale peso				100				80

Dipartimento di Prevenzione: UOC Impiantistica ed antinfortunistica								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Piano Attuativo Aziendale (PAA) 1.5 Prevenzione nei Luoghi di Lavoro: 1.5.C Attuazione delle procedure previste dal D.M. 11.04.11, di cui all'art. 71 del D.lgs. 81/08 e al D.A. n. 773/12. Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e impianti	3.1	Numero apparecchi verificati / Numero di richieste di verifica pervenute	20	1.494 / 1.721 87%	≥ 70%	859/1.096 78%	20
		3.2	Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti	10	1	≥ 1	1	10
4	Incremento delle verifiche di apparecchi a pressione effettuate	4.1	N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate / N. verifiche apparecchi a pressione richieste x 100	15	1.321 / 1.429 92%	≥ 75%	1.850/1.900 97%	15
5	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	5.1	N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste	10	1.117 / 1.450 77%	≥ 75%	1.183/1.450 81%	10
		5.2	N. verifiche impianti di terra effettuate / N. verifiche impianti di terra richieste	10	211/275 77%	≥ 75%	163/200 81%	10
		5.2	N. verifiche di impianti elettrici effettuate / N. verifiche impianti elettrici richieste (N.B. impianti elettrici = impianti di terra, di protezione dalle scariche atmosferiche e impianti elettrici nei luoghi con pericolo di esplosione)	15		≥ 75%	23/23 100%	15
		5.3	N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste	10	1.023 / 1.133 90%	≥ 75%	929/945 98%	10
			totale peso	100				100

Dipartimento di Prevenzione: UOC Laboratorio medico di sanità pubblica								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
<i>Tutela Ambientale:</i>								
3	Acque di balneazione	3.1	N. di campioni acque di balneazione pervenuti / n. di campionamenti previsti da nuovo DDG per stagione balneare 2020	20	1.097 / 1.097 100%	≥ 95%	1.032/1.032 100%	20
<i>Sicurezza Alimentare</i>								
4	PAA Intervento 1.2 Sicurezza Alimentare 1.2 A Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove richieste dai Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti e sulle Acque destinate al consumo umano (Criticità POCS)	4.1	Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici)	15	SI	SI (allegare provvedimento/i)	SI	15
5	Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018 Aggiornamenti Annualità 2018 - 2019 (D.D.G. n. 2435/2018)	5.1	N. campioni analizzati / N. campioni pervenuti	20	179 / 179 100%	≥ 95%	59/59 100%	20
6	Controlli microbiologici acque destinate al consumo umano DLgs 31/200 e ss.mm.ii.	6.1	N. campioni di acque analizzati / N. campioni consegnati al laboratorio come da programmazione annuale	20	1.381 / 1.381 100%	≥ 95%	954/954 100%	20
7	Piano prevenzione Legionella: analisi su acque destinate al consumo umano e campioni di aria confinata	7.1	N. test per legionella eseguiti / n° campioni pervenuti come da programmazione annuale	15	316 / 316 100%	≥ 95%	91/91 100%	15
			totale peso	100				100

Dipartimento di Prevenzione Veterinario

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1	4.1	Monitoraggio indicatori Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1 (per la parte di competenza) e trasmissione report trimestrali alla UOC Coordinamento Staff Strategico	5	Si	Si	Si	5
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Sanità animale Area A	20	98,60%	100%	100%	20
		5.2	UOC Igiene e produzione di alimenti di origine animali e loro derivati Area B	20	100%	100%	100%	20
		5.3	UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche Area C	20	100%	100%	100%	20
		5.4	UOC Igiene urbana e lotta al randagismo	20	100%	100%	100%	20
totale peso				100				100

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Sanità animale (Area A)

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	3.1	N. aziende bovine e ovi caprine controllate/N. aziende bovine e ovi caprine controllabili	10	2.494/2.494 bov .2.248/2.24/ ov. 100%	95%	2.481/2.481 2.476/2.476 2.155/2.155 100%	10
4	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	4.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	5	24,05 <28 =100% 29,01 <30 =75%	≤ 28 gg obiettivo raggiunto al 100% ≤ 30 gg obiettivo raggiunto al 75% ≤ 32 gg obiettivo raggiunto al 50% > 32 gg obiettivo raggiunto 0%	27,30 24,38	5
5	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	5.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	5	58,45 < 63 = 100%	≤ 63 gg obiettivo raggiunto 100% ≤ 68 gg obiettivo raggiunto 75% > 68 gg obiettivo raggiunto 0%	58,22	5
6	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	6.1	N. aziende bovine controllate anagraficamente/N. aziende bovine controllabili	10	160/2.516 = 6,36%	≥ 5% (allegare anche elenco aziende)	131/2.607 5,02%	10
		6.2	N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. aziende ovi-caprine controllabili	10	101 / 2.248 =4,49%	≥ 3% (allegare anche elenco aziende)	141/2.823 4,9%	10
7	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	7.1	Percentuale di riduzione della prevalenza	10	Br -48,75% BROC -68,08%	≥ 15% di riduzione	39,6	10
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	3 >1	≥ 1	4	10
9	Prevenzione delle zoonosi	9.1	Numero indagini epidemiologiche effettuate nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	10	117 / 117 100%	100%	52/52 100%	10
10	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	10.1	N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate inserite nel SANAN / N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate	10	10.480 / 10.480 100%	95%	10.715/10.715 100%	10
11	Controllo e monitoraggio degli allevamenti suini per malattia vescicolare. Mantenimento standard (valido per accreditamento)	11.1	N. di allevamenti controllati secondo il protocollo previsto / N. di allevamenti controllati nel territorio di competenza	0	obiettivo stralciato			0
totale peso				90				90

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia)	3.1	Rendicontazione dell'attività svolta secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 95% di attività svolta rispetto a quella programmata	20	425/414	Si (allegare relazione)	422/421	20
4	Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	4.1	Registrazione dei dati nel Sistema informativo regionale Demetra	20	3.113/3.119	Si (allegare relazione)	3.100/3.117	20
5	Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari	5.1	Rispetto flusso informativo	15	24/24	Si (allegare relazione)	26/26	15
6	Verifica del rispetto della normativa relativa ad alimenti di origine animale negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	6.1	N. campioni alimentari di origine animale analizzati/N. campioni alimentari di origine animali programmati	15	394 / 371 >100%	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)	438/394	15
7	Prevenzione e controllo delle zoonosi derivate dal consumo di alimenti	7.1	Numero controlli effettuati nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	10	94/94 100%	100%	41/41 100%	10
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	2	>= 2 eventi (documentare)	5	10
			totale peso	100				100

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche (Area C)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	3.1	N. campioni di alimenti di origine animale analizzati / N. campioni di alimenti di origine animali programmati	45	88/88 100%	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)	89/89 100%	45
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	45	2	>= 2 eventi (documentare)	7	45
			totale peso	100				100

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene urbana e lotta al randagismo

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione Procedura per la programmazione e lo svolgimento nei controlli sanitari nei rifugi sanitari e nei rifugi per il ricovero per cani e gatti, pubblici e privati (PR-003-DPV-001del 16/12/2016)	3.1	N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti controllati / N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti autorizzati e attivi	45	9 / 7 100%	100% (allegare elenco)	10/70>100%	45
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi e/o formativi realizzati nell'anno	45	35/30	>= 15 (documentare)	18/15	45
			totale peso	100				100

Dipartimento Farmaceutico

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2020 / Importo budget 2020 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Contenimento della spesa farmaceutica (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a5)	4.1	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione: monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della stessa	25	SI	SI (allegare relazione)	SI	25
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	5.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.D - Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	20	SI	SI (allegare relazione)	SI	20
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia	10	100%	100%	100%	10
		8.2	UOC Integrazione Farmaceutica ospedale-territorio	10	100%	100%	100%	10
		8.3	UOC Farmacia Ospedaliera P.O.Ingrassia	10	100%	100%	100%	10
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Contenimento della spesa farmaceutica	3.1	FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza e di appropriatezza prescrittiva, per il contenimento della stessa, relativamente ai farmaci di fascia A	25	SI	SI (allegare relazione)	SI	25
		3.2	DISTRIBUZIONE PER CONTO: Monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza e di appropriatezza prescrittiva, per il contenimento della stessa, relativamente ai farmaci di fascia A-ph T in DPC	25	SI	SI (allegare relazione)	SI	25
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito territoriale - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito territoriale	30	SI	SI (allegare relazione)	SI	30
5	Monitoraggio delle prescrizioni mediante lettura ottica	5.1	Controllo mediante sistema di lettura ottica delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate nell'anno mobile settembre/ottobre	10	SI	100% (allegare report)	SI	10
totale peso				100				100

Dipartimento Farmaceutico: UOC Integrazione Farmaceutica ospedale-territorio								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Contenimento della spesa farmaceutica	3.1	DISTRIBUZIONE DIRETTA: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA e analisi e monitoraggio della spesa farmaceutica dei farmaci, realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della spesa farmaceutica in distribuzione diretta, piani terapeutici erogati.	10		SI (allegare relazione)	SI	10
		3.2	PER I PP.OO. Aziendali: n.pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il 1° ciclo terapeutico / n. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	10		≥ 80%	100%	10
		3.3	Richieste relative a Registro AIFA caricate al sistema (dispensazioni, MEA,risk sharing)/totale delle richieste pervenute alla Farmacia Territoriale.	10		100%	100%	10
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
		4.2	Erogazione degli antibiotici a più alto costo/sotto monitoraggio di normative nazionali e regionali previa presentazione della specifica scheda e/o piano terapeutico / Totale degli antibiotici a più alto costo/sotto monitoraggio erogati	10		≥ 90%	100%	10
5	Gestione di magazzino	5.1	Verifica delle Giacenze di magazzino mediante inventari periodici (mensili, semestrali, annuali) come da procedure aziendali	10		SI (allegare relazione)	SI	10
		5.2	Movimenti informatici di carico e scarico delle operazioni di farmacia / totale dei movimenti relativi all'anno 2021	10		100%	100%	10
6	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito"	6.1	Solo per i P.O. di Partinico e Termini Imerese - N.ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro una settimana dalla comunicazione d'impianto/ N.totale comunicazioni d'impianto	10		≥ 90%	100%	10
		6.2	Solo per i P.O. di Partinico e Termini Imerese - N.richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro 48 ore dalla comunicazione d'impianto/ N.totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	10		≥ 90%	100%	10
totale peso				100				100

**Dipartimento Farmaceutico:
UOC Farmacia Ospedaliera Ingrassia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	3.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	25		SI (allegare relazione)	SI	25
4	Contenimento della spesa farmaceutica	4.1	N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico/ N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	25	SI	>= 80%	1.851/2.036 80,26%	25
5	Applicazione Procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto deposito" di protesi ortopediche e materiali di osteosintesi	5.1	N. RdA/ordini per DM in conto-deposito emessi dalla farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	20		>= 90%	389 / 341 >100%	20
		5.2	N. richieste di reintegro per DM in conto-deposito emesse dalla farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	20		>= 90%	341/341 100%	20
			totale peso	100				100

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

N. Sub-OBTV	Sub-OBIETTIVO	N. Sub-IND.	Sub-INDICATORE	% sul PESO	V.R. 2020	V.A. 2021 *	V.R. 2021	% sul PESO
1	Estensione screening del cervico carcinoma	1.1	N. di soggetti invitati / popolazione target anno	35%	120.654/117.494 >100%	100%	92.913/92.913 100%	35%
2	Adesione screening del cervico carcinoma	2.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5%	19.561/117.056 16,71%	>=50%	15% PAP 25% HPV	5%
3	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	3.1	Compilazione survey entro 15 giorni la scadenza indicata dal serv.1/DASOE	5%		Si (allegare relazione)	SI	5%
4	Tempestività invio prelievo	4.1	N. prelievi per HPV-DNA e/o Pap test inviati ad Anatomia patologica entro 1 settimana / N. prelievi effettuati	5%		>=80%	15.497/16.385 95%	5%
5	Tasso di adesione alla colposcopia	5.1	N. utenti con test positivo che hanno aderito alla colposcopia / N. utenti con test positivo da inviare in colposcopia	5%		>=80%	485/527 92%	5%
6	Tempestività della colposcopia	6.1	N. utenti con test positivo che effettuano colposcopia entro 4-8 settimane(o entro i tempi normati) dall'evidenza del test positivo / N. utenti con test positivo	10%		>=80%	485/527 92%	10%
7	Miglioramento dell'accessibilità per l'attività di screening	7.1	Numero partecipazioni a eventi di prevenzione oncologica/numero eventi /sessioni previsti	20%		>=50%	23/23 100%	20%
8	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (customer satisfaction)	8.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	10%		>=95%	784/820 95,60%	10%
9	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening del tumore della cervice uterina	9.1	Aggiornamento del PDTA per lo Screening del cervicocarcinoma	5%		Si (allegare documento)	SI	5%
				100%				100%

Dipartimento della Salute della Famiglia

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1): Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina	4.1	Raggiungimento dei sub-obiettivi indicati nella scheda SCR allegata	15		100%	100%	15
5	Promozione dell'allattamento	5.1	Realizzazione delle attività di competenza previste dal D.A.n.1539 del 5 settembre 2018 "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Macroobiettivo 1 Azione promozione allattamento al seno. Adozione di Linee di indirizzo policy aziendale delle strutture pubbliche e private della Regione Sicilia"	3	SI	SI (allegare relazione)	SI	3
6	Psicologia delle adozioni e Psicologia della genitorialità	6.1	Realizzazione di un percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali	4	SI	SI (allegare relazione)	SI	4
		6.2	Adesione al progetto "Percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali": N. coppie partecipanti al progetto / N. coppie invitate a partecipare	4	40 / 40 100%	>=60%	48/48 100%	4
		6.3	Revisione e aggiornamento delle procedure di intervento adottate dalla UOS genitorialità	4	SI	SI (allegare relazione)	SI	4
		6.4	Numero colloqui effettuati su richiesta degli enti accreditati alla UOS genitorialità / Numero totale colloqui richiesti dagli enti accreditati	4	63 / 67 94%	>=90%	34/34 100%	4
7	Fisiopatologia della riproduzione	7.1	N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio	3	74 / 81 91,35%	>= 90%	93/102 91%	3
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	8.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
9	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	9.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: 4.1) Punti nascita: Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist 4.2.1) Nei PN senza (TIN): 4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP) 4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO) 4.2.2) Nei PN (con TIN): 4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI 4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	4	SI	SI (allegare report e relazione)	SI	4
10	PAA - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - sub-obiettivo 1.4.A: Sorveglianza malformazioni congenite	10.1	N. segnalazioni malformazioni congenite anno 2020 / N. segnalazioni malformazioni congenite anno 2019	4		>=90 %	SI	4
11	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipativa del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	11.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 128 (Presenza di una o più iniziative per informare i cittadini sulla conservazione e sulla donazione delle staminali emopoietiche del sangue nei punti nascita aziendali)	3		SI (allegare relazione)	no giustificato	3
12	Miglioramento dell'attività assistenziale in ambito ostetrico e pediatrico	12.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura per la integrazione dell'attività dei consultori e degli ospedali che preveda incontri almeno trimestrali e la previsione di consulenze dei medici ospedalieri presso il consultorio e le ultime visite prima del parto eseguite dal personale del consultorio presso l'ospedale. Elaborazione entro il 30/3/2021 e implementazione entro il 30/6/2021	3		SI (allegare relazione)	SI	3
		12.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione della partoanalgesia h24 presso tutti i PP.OO., condivisa con il Dipartimento Emergenza-Urgenza Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/9/2021	3		SI (allegare relazione)	SI	3
		12.3	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con l'area di emergenza. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/9/2021	3		SI (allegare relazione)	SI	3
13	Incremento attività ospedaliera	13.1	Numero di incontri con i portatori di interesse, Medici di Medicina Generale e specialisti, al fine di incrementare l'attività ospedaliera	3			nessuno giustificato	3
14	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	14.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
15	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	15.1	UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia (compresa la UOSD Ginecologia e Ostetricia di Partinico e la UOS di Corleone)	3	100%	100%	100%	3
		15.2	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	3	90,00%	100%	90%	2,7
		15.3	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.F. Ingrassia - DO PA3	3	91,73%	100%	100%	3
		15.4	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2 (compreso la UOSD Pediatria di Partinico e la UOS di Corleone)	3	100,00%	100%	100%	3
		15.5	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	3	100,00%	100%	100%	3
				totale peso	100			99,7

Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia								
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Organizzazione di Corsi di accompagnamento alla nascita	3.1	Stesura di linee di indirizzo di Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita	5		Si (allegare documento)	Si	5
		3.2	N. di Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita attivati secondo linee di indirizzo	5		>=3	3	5
4	Promozione di vaccinazioni in gravidanza	4.1	N. di gravide su cui si effettua attività di promozione delle vaccinazioni anti-influenzale e anti-pertosse anche attraverso la consegna di opuscolo /N. di gravide prese in carico	5	1.199/1.632 73%	>=50%	902/1.705 53%	5
5	Percorso nascita	5.1	N. ecografie di screening primo trimestre effettuate / N. ecografie di screening primo trimestre richieste dai Consulteri familiari	5	580/805 72%	>=70%	553/778 71%	5
6	Area psicologica : rilevazione violenza di genere	6.1	N. primi colloqui psicologici con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. primi colloqui psicologici effettuati	7,5	1.158/1.320 87,70%	>=70%	1.279/1.430 89,44%	7,5
		6.2	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata da parte dello psicologo con successivo approfondimento mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dello psicologo	10	395/516 76,60%	>=60%	493/647 76,20%	10
7	Area sociale: rilevazione violenza di genere	7.1	N. colloqui sociali in accoglienza effettuati presso i CCFF AREA 3 con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. colloqui sociali in accoglienza effettuati	7,5	699/775 90,19%	>=70%	832/962 86,49%	7,5
		7.2	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata presso i CCFF AREA 3 da parte dell' assistente sociale con successivo approfondimento mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dell'assistente	10	206/220 93,60%	>=70%	265/307 86,32%	10
	Area sociale: promuovere l'offerta attiva dei consultori familiari a favore delle scuole per l'attivazione di un circolo virtuoso ai fini di una maggiore conoscenza e promozione delle attività consultoriali nei territori di pertinenza.	7.3	N. incontri effettuati presso le scuole (medie inf e sup.)di pertinenza territoriale con il coinvolgimento degli organismi scolastici collegiali / N. scuole presenti nel territorio dei CCFF AREA 1 e 2	10		>=15%	11/25 44%	10
		7.4	elaborazione/produzione piano intervento (da realizzare nell'A.S. 20/21) per l'attività di promozione delle attività consultoriali ed il recupero del rapporto con le scuole (medie inf. e sup.) ricadenti nel bacino territoriale dei CCFF AREA 1 e 2	10		Si	Si	10
8	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Soddisfazione dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 125 (Presenza di un corso sulle problematiche post-partum rivolto alle neo-madri o ai neo-genitori per il distretto n. 40 Corleone)	5		Si (allegare relazione)	Si	5
9	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1);Screening oncologico relativo al tumore del colon retto e mammella	9.1	N. utenti informati 50-64 anni circa gli screening oncologici relativi alla mammella e colon retto / N. utenti 50-64 anni aderenti al programma di screening cervico-carcinoma con HPV-DNA test	5		>=40%	no giustificato	5
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	20
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	124 / 124 100%	100%	72/72 100%	25
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	5.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	116/386 30,05% fonte BI	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	138/446 30,94%	0
6	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	6.1	Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)	10	0	0	0	10
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.1	Peso Medio (PM): PM 2021 / PM 2020	10	0,63	>=95%	0,65	10
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2021 / DM 2020	10	3,55	<=105%	3,62 giustificato	10
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				90

Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	25
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	30	108 / 108 100%	100%	109/109 100%	30
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	5.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	87/361 24,10% fonte BI	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	11,50%	10
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2021 / PM 2020	10	0,59	>=95%	0,62=103,4%	10
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2021 / DM 2020	10	4,04	<=105%	4,42=105,66%	10
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Pediatria - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	25
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	63/63 100%	100%	62/62 100%	25
5	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	5.1	Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO)	5		< 8%	20/551 3,6%	5
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2021 / PM 2020	10	0,39	>=95%	0,38	10
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2021 / DM 2020	10	3,97	<=105%	4,07	10
		6.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2021 / DM 2020	10	5,88	>=95%	6,54	10
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	35	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	35
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	4.1	Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	25	4/15 26,66% giustificato	< 5%	0/56 0%	25
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 -3 gg	25	12,99	DM 2020 -2 gg	10,75	25
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
			totale peso	100				100

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza								
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Monitoraggio Protocollo per la Contenzione in SPDC	4.1	- N. contenzioni applicate 2021 - Somma della durata, in ore, delle contenzioni per singolo pz / numero ore di ricovero - N° delle contenzioni per singolo pz / totale n. pazienti	5		Report	390 6.122/86.837 399/247	5
5	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare, ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager). Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti con diagnosi 295/296	5.1	Realizzazione di una scheda per la verifica dell'effettivo inserimento e aggiornamento in piattaforma pSM dei PTI da parte dei CSM e delle CTA	5		Realizzazione schede 31 marzo	SI	5
		5.2	Monitoraggio avvenuto Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate/ N° pazienti residenti nelle CTA accreditate	5		Report	186/186	5
		5.3	Monitoraggio avvenuto inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA aziendali/ N° pazienti residenti nelle CTA aziendali	5		Report	47/47	5
6	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	6.1	Monitoraggio sulla redazione di N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	6		Report	7/7	6

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza								
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Implementazione di una procedura condivisa per il Percorso del paziente con Integrazione SPDC/servizi Territoriali/strutture riabilitative.	5		SI (allegare procedura)	SI	5
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura, condivisa con le Direzioni Mediche di PO, per le consulenze specialistiche dei pazienti ricoverati in SPDC. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/9/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
8	Rete ospedaliera	8.1	Realizzazione di attività finalizzate all'adeguamento del numero dei posti letto secondo rete ospedaliera	5		SI (allegare relazione)	SI	5
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
10	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	10.1	Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo	3	100%	100%	100%	3
		10.2	Modulo 2 (UOC) Palermo	3	100%	100%	100%	3
		10.3	Modulo 3 (UOC) Palermo	3	100%	100%	100%	3
		10.4	Modulo 4 (UOC) Palermo	3	100%	100%	100%	3
		10.5	Modulo 5 (UOC) Palermo	3	100%	100%	100%	3
		10.6	Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria	3	100%	100%	100%	3
		10.7	Modulo 7 (UOC) Cefalù-Petralia Sottana	3	100%	100%	100%	3
		10.8	Modulo 8 (UOC) Corleone-Lercara Friddi	3	100%	100%	100%	3
		10.9	Modulo 9 (UOC) Partinico-Carini	3	100%	100%	100%	3
		10.10	Dipendenze Patologiche (UOC)	3	100%	100%	100%	3
		10.11	NPIA (UOC)	3	100%	100%	100%	3
		10.12	Disturbi del comportamento alimentare ambulatoriale e residenziale (UOC)	0		100%		
		10.13	Disturbi dello spettro autistico	0		100%		
totale peso				94				94

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NPJA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	3.1	N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA/ N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM	15		>=30%	5/7 51%	15
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2021 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2021	15		70%	88/118 75%	15
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate	15		100%	31/31 100%	15
		4.3	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA aziendali	15		100%	10/10 100%	15
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=70%	nessun pz in REMS	20
6	Monitoraggio Protocollo per la Contenzione in SPDC	6.1	- N. contenzioni applicate 2021 - Somma della durata, in ore, delle contenzioni per singolo pz / numero ore di ricovero - N° delle contenzioni per singolo pz / totale n. pazienti	5		Report 30 giugno - 31 dicembre 2021	47 634/29.431 47/261 e 47/56	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	Sì	5
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	3.1	N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA/ N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM	10		>=30%	10/15 66,7%	10
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2021 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2021	15		70%	16/18 88,9%	15
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate	15		100%	28/28 100%	15
		4.3	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA aziendali	15		100%	14/14 100%	15
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=70%	2/2 100%	20
6	Monitoraggio Protocollo per la Contenzione in SPDC	6.1	- N. contenzioni applicate 2021 - Somma della durata, in ore, delle contenzioni per singolo pz / numero ore di ricovero - N° delle contenzioni per singolo pz / totale n. pazienti	5		Report 30 giugno - 31 dicembre 2021	Si v. report	5
7	Miglioramento dei livelli di attività in SPDC PO Ingrassia	7.1	Degenza Media (DM) in SPDC: DM 2021 = DM 2020 - 2 gg	5	17,51	2020-2gg	15,51	5
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	Si	5
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NPJA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	3.1	N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA/ N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM	15		>=30%	39/39 100%	15
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2021 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2021	15		70%	89/89 100%	15
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate	15		100%	10/10 100%	15
		4.3	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA aziendali	15		100%	2/2 100%	15
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=70%	nessun pz in REIMS	20
6	Monitoraggio Protocollo per la Contenzione in SPDC	6.1	- N. contenzioni applicate 2021 - Somma della durata, in ore, delle contenzioni per singolo pz / numero ore di ricovero - N° delle contenzioni per singolo pz / totale n. pazienti	5		Report 30 giugno - 31 dicembre 2021	Si v.report	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	Sì	5
			totale peso	100				100

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 4 (UOC) Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NP/IA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	3.1	N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA/ N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM	15		>=30%	6/7 86,1%	15
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2021 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2021	15		70%	25/34 74%	15
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate	15		100%	33/33 100%	15
		4.3	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA aziendali	15		100%	6/6 100%	15
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=70%	3/3 100%	20
6	Monitoraggio Protocollo per la Contenzione in SPDC	6.1	- N. contenzioni applicate 2021 - Somma della durata, in ore, delle contenzioni per singolo pz / numero ore di ricovero - N° delle contenzioni per singolo pz / totale n. pazienti	5		Report 30 giugno - 31 dicembre - 2021	93 2216/28.820 93/185 e 93/47	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	Si	5
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NP/IA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	3.1	N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA/ N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM	15		>=30%	8/14 57%	15
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2021 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2021	15		70%	20/28 71%	15
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate	15		100%	31/31 100%	15
		4.3	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA aziendali	15		100%	6/6 100%	15
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	25		>=70%	nessun pz in REMS	25
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	Sì	5
			totale peso	100				100

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NPJA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	3.1	N ° di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA/ N ° di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM	15		>=30%	1/1 100%	15
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2021 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2021	15		70%	55/55 100%	15
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate	15		100%	23/23 100%	15
		4.3	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA aziendali	15		100%	3/3 100%	15
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=70%	nessun pz in REMS	20
6	Monitoraggio Protocollo per la Contenzione in SPDC	6.1	- N. contenzioni applicate 2021 - Somma della durata, in ore, delle contenzioni per singolo pz / numero ore di ricovero - N° delle contenzioni per singolo pz / totale n. pazienti	5		Report 30 giugno - 31 dicembre 2021	22 207/5.976 22/277 e 22/21	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	Si	5
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NPPIA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	3.1	N ° di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA/ N ° di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM	15		>=30%	0/0 100%	15
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2021 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2021	15		70%	3/3 100%	15
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate	15		100%	7/7 100%	15
		4.3	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA aziendali	15		100%	0/0 100%	15
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=70%	1/1 100%	20
6	Monitoraggio Protocollo per la Contenzione in SPDC	6.1	- N. contenzioni applicate 2021 - Somma della durata, in ore, delle contenzioni per singolo pz / numero ore di ricovero - N° delle contenzioni per singolo pz / totale n. pazienti	5		Report 30 giugno - 31 dicembre 2021	30 463/11.424 30/185 e 30/20	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	Sì	5
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NP/IA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	3.1	N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA/ N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM	15		>=30%	2/4 50%	15
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2021 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2021	15		70%	6/8 75%	15
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate	15		100%	11/11 100%	15
		4.3	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA aziendali	15		100%	3/3 100%	15
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=70%	nessun pz in REMS	20
6	Monitoraggio Protocollo per la Contenzione in SPDC	6.1	- N. contenzioni applicate 2021 - Somma della durata, in ore, delle contenzioni per singolo pz / numero ore di ricovero - N° delle contenzioni per singolo pz / totale n. pazienti	5		Report 30 giugno - 31 dicembre 2021	Si v.report	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	Sì	5
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	3.1	N ° di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA/ N ° di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al CSM	15		>=30%	27/63 42%	15
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2021 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2021	15		70%	36/51 70%	15
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate	15		100%	12/12 100%	15
		4.3	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA aziendali	15		100%	1/1 100%	15
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=70%	2/2 100%	20
6	Monitoraggio Protocollo per la Contenzione in SPDC	6.1	- N. contenzioni applicate 2021 - Somma della durata, in ore, delle contenzioni per singolo pz / numero ore di ricovero - N° delle contenzioni per singolo pz / totale n. pazienti	5		Report 30 giugno - 31 dicembre 2021	Si v.report	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	Sì	5
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione procedura "Individuazione e presa in carico del minore portatore di handicap ai fini dell'inserimento scolastico" PR019DSM 001 del 20/1/2014	3.1	Monitoraggio degli indicatori della procedura con raggiungimento dei valori attesi previsti	20	SI	SI (allegare relazione)	SI	20
4	Applicazione percorso diagnostico-terapeutico "Gestione degli interventi in favore dei minori vittima di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie" PD003DIR00 del 21/12/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del percorso diagnostico-terapeutico con raggiungimento dei valori attesi previsti	20	SI	SI (allegare relazione)	SI	20
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 - intervento 3.2 (Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo)	5.1	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		5.2	Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	5		SI (allegare relazione)	SI	5
6	Disturbi specifici di apprendimento (DSA). Applicazione L. 170/2010	6.1	N. soggetti con verifica di diagnosi di DSA / N. invii con specifica scheda di sospetto DSA dalle scuole	10		>= 85%	85%	10
		6.2	n. pazienti diagnosticati con DSA e valutati secondo consensus conferenze 2011 / N. pazienti diagnosticati con DSA	10		100%	114/114 100%	10
7	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree(SM, DP e NPIA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	7.1	N. di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono agli ambulatori NPIA e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA / N. di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono agli ambulatori NPIA	20		>=30%	9/27 33%	20
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Individuazione pazienti con comorbidità psichiatrica e con comorbidità infettiva presso i SerT	3.1	N. pz. con comorbidità psichiatrica presi in carico / N. pz. con comorbidità psichiatrica	10	583 / 583 100%	100%	500/500 100%	10
		3.2	N. pz. con comorbidità infettiva presi in carico / N. pz. con comorbidità infettiva	10	610 / 620 98,39%	100%	588/588 100%	10
4	Screening epatologico soggetti alcodipendenti in carico	4.2	N. screening epatologici effettuati / N. soggetti alcodipendenti in carico	10		50%	613/924 66%	10
5	Screening sui comportamenti a rischio di gioco d'azzardo patologico rivolto agli utenti tossicodipendenti ed alcolisti in carico presso i SERT	5.1	N. questionari Screening GAP somministrati / N. nuovi utenti tossicodipendenti e alcolisti presi in carico presso i SERT	30	2.244 / 3.749 59,86%	≥ 90%	445/474 94%	30
6	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presenza in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree(SM, DP e NPIA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	6.1	N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al SerT e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA/ N °di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono al SerT	25		≥30%	69/112 62%	25
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	Sì	5
totale peso				100				100

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	RISK management : implementazione integrazione sistemi informatici	4.1	Intergrazione informatica gestionale reparti / gestionale di laboratorio per trasmissione on line referto di laboratorio,	10	SI	SI (allegare documento)	SI	10
		4.2	Intergrazione informatica provette progetto GET / LIS Laboratorio	10		SI (allegare documento)	SI anche se con ritardo per Covid	10
5	Miglioramento delle informazioni agli utenti sul funzionamento del Dipartimento	5.1	Revisione del Regolamento di funzionamento del Dipartimento e invio all'U.O. Comunicazione e Informazione per la pubblicazione sul sito aziendale .	10	SI	SI (allegare documento)	SI	10
7	Controllo qualità acque per uso umano	7.1	Monitoraggio dei parametri accreditati per le acque potabili destinate al consumo umano	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
8	Miglioramento della qualità	8.1	Monitoraggio in remoto dei sistemi analitici di laboratorio/ fermi tecnici	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
		8.2	Monitoraggio in remoto dei sistemi informatici di laboratorio rispetto ai tempi degli esiti (fermi tecnici)	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	10	>5% giustificato	> 10%	SI anche se con ritardo per Covid	10
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
11	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	11.1	UOC Laboratorio d'analisi - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%	100%	5
		11.2	UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%	100%	100%	5
		11.3	UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	100%	5
		11.4	UOC Anatomia e Istologia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	100%	5
		11.5	UOC Medicina Trasfusionale	5	100%	100%	100%	5
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	SI (allegare documento)	SI	10
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	10	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	SI	10
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	217.011/239.723 90,52%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	193.781/202.624 95%	15
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	256.462/288.742 88,82%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	209.110/218.972 95%	15
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	124.302/149.558 83,11%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	52.374/61.187 85,5%	15
5	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IPSG.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	5.1	N. campioni tossicologici SERT conformi / N. totale campioni SERT pervenuti i laboratorio	10	980/1.020 96%	>=90%	676/690 97,9%	10
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	N. richieste per accertamenti art.186,art.187 C.D.S. conformi / N. richieste totali pervenute in laboratorio	3		>=80%	28/30 93%	3
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		SI (allegare relazione)	non pertinente	7
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	SI (allegare documento)	SI	10
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	10	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	SI	10
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	199.392/229.751 86,8%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	154.073/163.205 94%	15
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	221.538/232.137 95,4%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	186.549/202.849 91,9%	15
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	353.256/411.188 85,9%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	344.790/378.291 91,9%	15
5	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IP5G.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	5.1	N. campioni tossicologici SERT conformi / N. totale campioni SERT pervenuti in laboratorio	10	496/502 98,8%	>=90%	2.866/2.990 95,8%	10
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	N. richieste per accertamenti art.186,art.187 C.D.S. conformi / N. richieste totali pervenute in laboratorio	3		>= 80%	60/60 100%	3
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7	SI	SI (allegare relazione)	non pertinente	7
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	SI (allegare documento)	SI	10
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	10	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	SI	10
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	183.444/203.349 90,21%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	164.206/172.667 95,1%	15
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	513.677/534.524 96,1%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	392.523/416.819 94,2%	15
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	239.884/250.336 95,8%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	195.270/206.676 94,5%	15
5	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IPSG.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	5.1	N. campioni tossicologici SERT conformi / N. totale campioni SERT pervenuti i laboratorio	10	1.217/1.217 100%	>=90%	14.900/15.048 99%	10
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	N. richieste per accertamenti art.186,art.187 C.D.S. conformi / N. richieste totali pervenute in laboratorio	3		> = 80%	135/135 100%	3
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		SI (allegare relazione)	non pertinente	7
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Anatomia e Istologia patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Tempestività della refertazione casi oncologici	3.1	N. casi oncologici refertati entro 20 gg dall'arrivo del campione / N. totale casi oncologici refertati	15		>=90%	561/565 99,3%	15
4	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	Si	5
<i>Screening oncologici: Screening oncologico relativo al tumore del colon retto e del ca della cervice uterina</i>								
5	Tempi di refertazione delle biopsie relative allo screening del tumore colon retto	5.1	N. casi istologici refertati entro 10 gg.dall'arrivo del campione / N. totale casi refertati dal 1-1-2021 al 31-12-2021	20		≥90%	450/450 100%	20
6	Riduzione dei tempi di refertazione del PAP test	6.1	N. Casi di citologia cervico-vaginale refertati entro 20 gg dall'accettazione in Anatomia Patologica / N. di casi di citologia cervico-vaginale accettati	15		≥90%	9.359/9.488 98%	15
7	Riduzione dei tempi di refertazione HPV-DNA test	7.1	N. HPV-DNA test refertati entro 12 giorni dall'accettazione in Anatomia patologica / N. HPV-DNA test accettati	20		≥80%	9.754/10.009 97,4%	20
8	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening relativo al tumore colon retto	8.1	Aggiornamento del PDTA dello screening del cervico carcinoma del colon retto	15		Si (allegare documento)	in via di stesura (giustificato)	15
totale peso				100				100

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Medicina Trasfusionale								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento delle informazioni agli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. C. Medicina trasfusionale in funzione dell'adeguamento alla ISO 9001-2015 e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	25	SI	SI (allegare documento)	in via di definizione la nuova stesura come da nuovo atto aziendale	25
4	Revisione del Manuale Buon uso del sangue	4.1	Aggiornamento del Manuale del Buon uso del sangue e della modulistica di riferimento e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale con monitoraggio PBM (Patient Blood Medical)	20	SI	SI (allegare documento)	nessuna variazione	20
5	Valutazione del rischio trasfusionale: monitoraggio dati SISTRA	5.1	Rilevazione indicatore: N. Trasfusioni di emocomponenti con segnalazione di eventi avversi ed effetti indesiderati / N. totale delle trasfusioni di emocomponenti	20		SI rilevazione	2/4.244 =0,0047%	20
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	6.1	Realizzazione dell'intervento 2.6.A Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali N.B.: Il sub-obiettivo 2.6.A sarà conseguito: o al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta o La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore all'1% sarà valutato con 0,8 punti o La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 2% sarà valutato 0,6 punti o La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 3% sarà valutato 0,5 punti o Per scostamenti > del 3% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto	10	DG51/2019 previsione di C.E. prodotti pari a 4600	C.E. prodotti 2020: 4279 Monitoraggio 2021:3743 Δ: - 0,87%	87% giustificato	10
		6.2	Realizzazione dell'intervento 2.6.B Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018. N.B.: Il sub-obiettivo 2.6.B sarà conseguito: o al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della quantità di Plasma prevista per il sub obiettivo 2 pari a + 60 Kg di plasma rispetto all'anno 2018 o La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 60 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto Per scostamenti > del 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.	10	DG51/2019 previsione di C.E. prodotti pari a 4600	Plasma prodotto 2020:4806U=14 58,047 Kg/ Plasma prodotto 2021: 4168U =1248,048 Kg Δ=-1,16% di produzione	Plasma prodotto > al target obiettivo: 87% di produzione plasma (giustificato)	10
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Dipartimento di Diagnostica per Immagini
Scheda indicatore: Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1):
Screening oncologico relativo al tumore della mammella

N. Sub-OBTV	Sub-OBIETTIVO	N. Sub-IND.	Sub-INDICATORE	% sul PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	% sul PESO
1	Estensione screening tumore della mammella	1.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	40%	100%	100%	88.883/88.883 100%	40%
2	Adesione screening tumore della mammella	2.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5%		>=60%	27.595/83.661 33%	5%
3	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening del tumore della mammella	3.1	Aggiornamento PDTA screening del tumore della mammella	10%		Si (allegare documento)	Si	10%
4	Miglioramento dell'accessibilità per l'attività di screening	4.1	Numero sessioni nei giorni di sabato o domenica	5%		1/mese per centro	SI	5%
5	Riduzione dei tempi di refertazione delle mammografie negative	5.1	N. mammografie esitate entro 30 gg dall'esecuzione /N. mammografie eseguite	5%		>=90%	25.494/27.595 92%	5%
6	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (Customer satisfaction)	6.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	5%		95%	pertinenza del centro gestionale screening	5%
7	Riduzione dei tempi di esecuzione delle indagini di approfondimento	7.1	N. indagini di approfondimento non invasive eseguite entro 20 gg / N. di mammografie eseguite con esito dubbio	5%		90%	1.462/1.621 90%	5%
8	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	8.1	Compilazione survey entro 15 giorni dopo la scadenza	5%		Si (allegare relazione)	pertinenza del centro gestionale screening	5%
9	Riduzione del numero delle indagini di approfondimento	9.1	N. indagini di approfondimento non invasive eseguite / N. di mammografie eseguite	5%		(<= 7% primi esami; <= 5% esami successivi)	Si 141; 1.321/25.580	5%
10	Collaborazione con l'U.O. Centro Gestionale Screening	10.1	Collaborazione con U.O. CGS per analisi precede-proceed	10%		Si (allegare relazione)	pertinenza del centro gestionale screening	10%
11	Riduzione del tasso di richiamo tecnico	11.1	N. richiami tecnici relativi all'esecuzione della mammografia da parte del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica / N. mammografie eseguite.	5%		<3%	126/27.595 0,46%	5%
				100%				100%

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1); Screening oncologico relativo al tumore della mammella	4.1	Raggiungimento dei sub-obiettivi indicati nella scheda SCR allegata	35		100%	Si v. allegato SCR	35
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	30	SI	Si (allegare relazione)	Si	30
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	Si	5
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Integrazione radiologia ospedaliera e territoriale	0	100%	100%	non attivata	0
		7.2	UOC Radiologia - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%	100%	5
		7.3	UOC Radiologia- DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	100%	5
totale peso				95				95

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 20223- Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Elaborazione di referto strutturato	3.1	N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati	35	8 / 10 80%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	8 / 10 80%	35
4	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	4.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	40	130 / 134 97%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	8 / 10 80%	40
5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	5.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	SI "Colli di bottiglia" azzerati per la tempestività di esecuzione e refertazione delle prestazioni	10
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
			totale peso	100				100

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

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Elaborazione di referto strutturato	3.1	N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati	35	8 / 10 80%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	8 / 10 80%	35
4	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	4.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	40	133 / 133 100%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	8 / 10 80%	40
5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	5.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	SI "Colli di bottiglia" azzeratiper la tempestività di esecuzione e refertazione delle prestazioni	10
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
			totale peso	100				100

Dipartimento Emergenza-Urgenza

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione “Trasparenza e Integrità” - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Gestione del dolore in ospedale	3.1	Elaborazione/Revisione del Protocollo di gestione del dolore postoperatorio che definisca - modalità di valutazione del dolore - trattamento del dolore - modalità di rivalutazione e terapia di salvataggio	5		Si (allegare documento)	Si	5
4	Donazione organi e tessuti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 6)	4.1	Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	5	2	2	1 giustificato	5
5	Miglioramento dell'attività assistenziale	5.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione della partoanalgesia h24 presso tutti i PP.OO., condivisa con il Dipartimento della Famiglia Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/9/2021	5		Si (allegare relazione)	SI	5
		5.2	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	0	Stralciato			
		5.3	Implementazione della procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di terapia intensiva coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio.	5		Si (allegare relazione)	SI	5
		5.4	Implementazione della procedura condivisa tra le discipline di anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO.	5		Si (allegare relazione)	SI	5
		5.5	Attivazione 2 posti letto di terapia del dolore	3		Si	SI	3
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2021 secondo le indicazioni assessoriali N.B: Efficienza operativa $t = n.pazienti$ con permanenza >24 ore al PS al tempo $t / n.pazienti$ con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	3		vedi indicazioni assessoriali	Si	3
		6.2	Elaborazione del Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2021 in collaborazione con il team aziendale	10		SI	SI	10
		6.3	Monitoraggio attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2021 in collaborazione con il team aziendale	10		SI	SI	10

Dipartimento Emergenza-Urgenza

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOSDIP Pronto Soccorso PO Petralia	7.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2021 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa $t = \frac{n.pazienti\ con\ permanenza >24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n.pazienti\ con\ permanenza < 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}$	2	K=0,44	vedi indicazioni assessoriali	giustificato	2
		7.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2021 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	2	SI	SI	SI	2
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Terapia Intensiva - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5	94,85%	100%	95%	4,75
		8.2	UOC Servizio di Anestesia - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	96,14%	100%	98,,79%	4,94
		8.3	UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	94,85%	100%	93,60%	4,68
		8.4	UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5		100%	97,95%	4,9
		8.5	UOC Pronto Soccorso - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5		100%	99,10%	4,95
		8.6	UOC Astanteria - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5		100%	98,65%	4,93
			totale peso	95				94,15

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	25
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimentodi Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	30/30 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)	30/30 100%	35
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	26/66 39,39%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	no	0
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 2 gg	15	16,48	DM 2020 - 2 gg	8,77	15
totale peso				100				95

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	25
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	15/15 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)	20/20 100%	35
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	92/134 68,66% fonte BI	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	66/87 75,86%	3,79
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 2 gg	15	15,81	DM 2020 - 2 gg	11,9	15
			totale peso	100				98,79

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	25
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	15/15 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)	20/20 100%	35
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	54/104 51,92% fonte BI	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	68%	3,6
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.1	Peso Medio (PM): PM 2021 / PM 2020	5	3,42	>=95%	3,89	5
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2021 / DM 2020	5	10,19	<=105%	14,24	0
		7.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2021 / DM 2020	5	5,98	>=95%	6,35	5
totale peso				100				93,6

**Dipartimento Emergenza-Urgenza:
UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOC Pronto Soccorso PO Partinico	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2021 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	15	K=0,58	vedi indicazioni assessoriali	K=0,41 giustificato	15
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso 2021 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	20	SI	SI	SI	20
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOS Pronto Soccorso PO Corleone	4.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2021 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	15	K=0,14	vedi indicazioni assessoriali	K=0,12 giustificato	15
		4.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso 2021 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	20	SI	SI	SI	20
5	Miglioramento dell'attività assistenziale UOC Pronto Soccorso PO Partinico	5.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)	2		>=95%	70,76%	1,47
		5.2	Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR)	2		0%	15,86% giustificato	2
		5.3	Dimissioni verso strutture ambulatoriali	2	4,10%	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020	5,55	2
		5.4	Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente	2		<=7	0,48	2
		5.5	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/9/2021	2		SI (allegare relazione)	SI	2
6	Miglioramento dell'attività assistenziale UOS Pronto Soccorso PO Corleone	6.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)	2		>=95%	69,91% giustificato	1,48
		6.2	Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR)	2		0%	37,69% giustificato	2
		6.3	Dimissioni verso strutture ambulatoriali	2	10,13%	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020	11,16%	1
		6.4	Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente	2		<=7	0,53	2
		6.5	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/9/2021	2		SI (allegare relazione)	SI	2
totale peso				100				97,95

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2021 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	25	K=0,38	vedi indicazioni assessoriali	K=0,27 giustificato	25
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2021 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	40	SI	SI	SI	40
4	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Pronto Soccorso	4.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7(il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)	5	81,32%	>=95%	77,91%	4,1
		4.2	Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR)	5		0%	25,17%	5
		4.3	Dimissioni verso strutture ambulatoriali	5	1,45%	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020	1,66%	5
		4.4	Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente	5		<=7	0,54	5
		4.5	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/9/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				99,1

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2021 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	25	K=0,65	vedi indicazioni assessoriali	K=0,60 giustificato	25
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso 2021 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	40	SI	SI	SI	40
4	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOS Pronto Soccorso	4.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7(il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)	5		>=95%	69,13%	3,65
		4.2	Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR)	5		0%	38,11% giustificato	5
		4.3	Dimissioni verso strutture ambulatoriali	5	1,72%	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020	3,02%	5
		4.4	Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente	5		<=7	0,6	5
		4.5	Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/9/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				98,65

Dipartimento Cure Primarie

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5		100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5		100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	≤ 1	5
4	- Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	4.1	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante ed ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	25		SI (allegare report)	SI	25
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Cure primarie	15		100%	100%	15
		5.2	UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15		100%	100%	15
		5.3	UOC Medicina legale e fiscale	15		100%	100%	15
		5.4	UOC Cronicità e percorsi assistenziali				non attivata	
			totale peso	85				85

**Dipartimento Cure Primarie
UOC Cure Primarie**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	3.1	<p>Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio degli indicatori previsti dagli obiettivi di salute e funzionamento 2019-2020:</p> <p>a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici</p> <p>b) N. Medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) con trasmissione all'UOC Coordinamento Staff strategico /Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta</p> <p><u><i>N.B.: la UOC stabilirà i valori attesi degli indicatori per i presidi ospedalieri e per i distretti sanitari e ne valuterà il raggiungimento</i></u></p>	20	SI	SI (allegare report)	SI	20
4	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	4.1	Supporto alla UOS Coordinamento Gestionale Screening per l'aggiornamento della Banca dati anagrafica (esito file MMG/assistiti ogni 2 mesi)	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
5	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	5.1	Realizzazione delle attività finalizzate all'acquisizione/caricamento dei consensi informati da parte delle strutture aziendali e rendicontazione dell'indicatore: % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati	25	SI	SI (allegare relazione e report)	SI	25
		5.2	Rendicontazione indicatore: % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	6.1	<p>Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompensato Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA;</p> <p>Rendicontazione dell'indicatore "N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico"</p>	20	SI	SI (allegare report)	>90% SI	20
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

**Dipartimento Cure Primarie
UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	- Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	3.1	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	SI	5
		3.2	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	5	SI	SI (allegare report)	nessuna sospensione	5
		3.3	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
		3.4	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
		3.5	Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
		3.6	Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
		3.7	Relazione annuale complessiva sui risultati raggiunti, con specifica dell'attuazione degli interventi/azioni effettuati da ciascuna struttura aziendale rispetto a agli interventi/azioni previsti dal programma attuativo aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
4	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020 approvato con DA n.1103/2020	4.1	Elaborazione del Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa secondo quanto previsto dal DA n.1103/2020	15		SI (allegare Piano)	SI	15
		4.2	Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa	20		SI (allegare relazione)	SI	20
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

**Dipartimento Cure Primarie
UOC Medicina legale e fiscale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento tempi risposta	3.1	N. risposte a richieste di chiarimenti da parte di utenti privati o pubblici sugli adempimenti effettuati in collegio medico o commissione di invalidità entro 20 gioni / N. richieste di chiarimenti da parte di utenti privati o pubblici sugli adempimenti effettuati in collegio medico o commissione di invalidità	45	382/382 100%	>=90%	100%	45
4	Garanzia dei tempi di risposta nell'attività del Collegio medico	4.1	N. giudizi collegiali inoltrati all'Ente committente entro 20 gg dall'effettuazione della visita / N. totale richieste pervenute	45	346/346 100%	>=90%	542/542 100%	45
			totale peso	100				100

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5		100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5		100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	≤ 1	5
4	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) - 3.3.A	4.1	Effettuazione di almeno una riunione semestrale con i Direttori dei Distretti Sanitari relativamente alle linee di indirizzo per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per il monitoraggio dell'applicazione	10		>= 2	2	10
		4.2	Relativamente agli esiti delle riunioni semestrali di cui all'indicatore 4.1, analisi delle criticità e coordinamento della azioni di miglioramento da implementare con i Direttori dei Distretti Sanitari	15		SI (allegare relazione)	Si	15
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Assistenza riabilitativa territoriale	15		100%	100%	15
		5.2	UOC Integrazione socio-sanitaria	15		100%	100%	15
		5.3	UOC Specialistica ambulatoriale esterna ed interna			100%	non attiva	
		5.4	UOC Assistenza socio-sanitaria demenze - Centro di riferimento regionale per le demenze			100%	attiva solo da dicembre	
totale peso				70				70

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Verifica dell'applicazione della direttiva aziendale "Assistenza protesica e integrativa: applicazione DPCM 12/01/2017 (Nuovi LEA)" - prot.n.11968/CARAD del 17/07/2018	3.1	N. di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC per l'inoltro all'UOC Approvvigionamenti per le quali è stato effettuato il controllo preventivo sulla corretta applicazione della direttiva / N. di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC per l'inoltro all'UOC Approvvigionamenti.	35	72/72 100%	100%	36/36 100%	35
4	Effettuazione dei controlli di appropriatezza sulla gestione dei pazienti minori in carico per progetti riabilitativi ai centri di Riabilitazione ex art. 26	4.1	N. centri riabilitativi ex art. 26 presso cui sono stati eseguiti controlli per la valutazione di appropriatezza e congruità nella gestione dei progetti riabilitativi dei pazienti minori in carico al centro / N. totale centri di riabilitazione ex art. 26 che hanno in carico pazienti minori	40	9/15 60%	>=70%	11/15 73%	40
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	5.1	Monitoraggio applicazione della procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa ed attuazione eventuali misure di miglioramento	10		SI (allegare relazione)	SI	10
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
			totale peso	100				100

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria
UOC Integrazione socio-sanitaria

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio	3.1	N. pazienti con presa in carico territoriale / N. pazienti segnalati per dimissione protetta dagli Uffici territoriali	15	16.025/18.948 85%	>= 70%	6.684/7.963 84%	15
		3.2	N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2021 / dato medio biennio 2018-2019	15	16.548/14.366 115%	>=105%	17.014/16.171 105%	15
4	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure residenziali e nel percorso di continuità assistenziale RSA – territorio-	4.1	N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani	20	496/1.039 48%	>= 30%	641/1,141 56%	20
5	Sistema informativo integrato e cartella socio-sanitaria informatizzata per la realizzazione di servizi e prestazioni socio-sanitarie integrate	5.1	Integrazione dei software delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione: Definizione programmazione e realizzazione attività previste per il 2021	20		Si (allegare relazione)	SI	20
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	6.1	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	10	SI	100%	100%	10
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza: N. valutazioni multidimensionali domiciliari e ospedaliere / N. valutazioni multidimensionali totali	5	16.025/18.948 84,6%	>=50%	15.991/19.993 80%	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
			totale peso	100				100

Dipartimento Attività Ospedaliere

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	4.1	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Programmazione e monitoraggio attività Ospedaliere area metropolitana provinciale	0		100%	non attivata	0
		5.2	UOC Organizzazione ospedaliera area metropolitana provinciale	0		100%	non attivata	0
		5.3	UOC Ospedalità Pubblica e Privata	25		100%	100%	25
totale peso				50				50

**Dipartimento Attività Ospedaliere
UOC Ospedalità Pubblica e Privata**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	3.1	Monitoraggio trimestrale degli indicatori di esito: Interventi di frattura di femore effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero; N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari; N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI; N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg.	10	Si	Si (allegare report)	Si	10
		3.2	Coordinamento e realizzazione di audit, con gli attori coinvolti e la Direzione Medica di Presidio competente, sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, PTCA in pazienti con IMA STEMI, colecistectomia laparoscopica)	15		Si (allegare relazione)	Si	15
4	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA): Monitoraggio e Audit	4.1	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5	Si	Si (allegare report)	Si	5
		4.2	Coordinamento e realizzazione di audit, con gli attori coinvolti e la Direzione Medica di Presidio competente, sui risultati critici del monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	15		Si (allegare relazione)	Si	15
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	5.1	Trasmissione report interventi di competenza Case di Cura accreditate	5	Si	Si (allegare report)	Si	5
		5.2	Intervento 2.4.A: Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) : N. cartelle cliniche sottoposte a controlli / N. cartelle campionate dall'Assessorato della salute e disponibili	15	100%	100%	6.231/6.231 100%	15
		5.2	Intervento 2.5.A: Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE: Coordinamento dell'attività di audit per le strutture segnalate dall'Assessorato della salute e trasmissione dei risultati a quest'ultimo congiuntamente alla Direzione aziendale <i>N.B.: l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato</i>	15	Si	Si (allegare relazione)	nessuna indicazione dall'Assessorato	15
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Monitoraggio indicatore programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno.	5		Si (allegare report)	126 332 37,95%	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	Si	5
totale peso				100				100

Dipartimento Risorse Umane

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane	20	100%	100%	100%	20
		5.2	UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali	20	100%	100%	100%	20
		5.3	UOC Affari generali e convenzioni	20	100%	100%	100%	20
		5.4	UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI	20	100%	100%	100%	20
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"	3.1	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale	10		100% (allegare report e relazione)	100%	10
4	Revisione regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività e incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'ASP di Palermo	4.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2021	20		Si	Si	20
5	Revisione regolamento affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali	5.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2021	20		Si	Si	20
6	Regolamento incarichi funzionali per il personale del comparto (in condivisione con l'UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali)	6.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2021	20		Si	Si	20
7	Regolamento per la disciplina dei casi di inidoneità psicofisica dei dipendenti	7.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2021	20		Si	Si	20
			totale peso	100				100

Dipartimento Risorse Umane:								
UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali								
N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Flusso Personale Dipendente: Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo le modalità indicate nel D.A. del 29 febbraio 2012 ex art.79 (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	3.1	Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre: N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	5	20 / 20 100%	100%	20 / 20 100%	5
		3.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	5	Sì	Sì	Sì	5
		3.3	N. campi inseriti / N. campi alimentabili	5	107 / 107 100%	100%	107 / 107 100%	5
4	Flusso Personale Dipendente: Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre	5	Sì	Sì	Sì	5
5	Flusso Personale Dipendente: Produzione del monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) nell'ambito degli adempimenti del Programma Operativo in coerenza con le risultanze del Flusso del Personale: sottoscrizione/certificazione (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Coerenza monitoraggio trimestrale con le risultanze del flusso: 0% delta non giustificato tra unità di personale rilevate nella Tabella D.1.2 e dal Flusso per ogni trimestre	10	Sì	Sì	Sì	10
6	Contenimento della spesa per il personale (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a1 e 3a2)	6.1	Relazione relativa al Rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n. 190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/2009	20	Sì	Sì (allegare relazione)	Sì	20
		6.2	Relazione relativa al Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato	20	Sì	Sì (allegare relazione)	Sì	20
7	Regolamento incarichi funzionali per il personale del comparto (in condivisione con l'UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane)	7.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2021	10		Sì	Sì	10
8	Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"	8.1	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale	10		100% (allegare report e relazione)	100%	10
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto della tempistica delle attività di competenza	3.1	N. proposte di delibere per corsi O.S.S. predisposte entro 30 gg dall'acquisizione di tutta la documentazione/ N° proposte di delibere di convenzioni per corsi O.S.S. predisposte	30	8 / 8 100%	100%	14/14 100%	30
		3.2	N. proposte di delibera di convenzionamento per tirocinio per scuole di specializzazione predisposte entro 30 gg. dalla richiesta / N. richieste di convenzionamento per tirocinio per scuole di specializzazione complete della documentazione prevista	40		100%	20/20 100%	40
4	Regolamento incarichi libero professionali	4.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2021	20		SI	SI	20
totale peso				100				100

**Dipartimento Risorse Umane:
UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI**

N. OB TV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Flusso Personale Convenzionato: Invio del Flusso istituito dal progetto art.79 secondo le modalità e la tempistica indicata nel D.A. dell'8 luglio 2013 (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	3.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	15	20 / 20 100%	20/20 = 100%	15/15=100%	15
		3.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	10	Si	Si	Si	10
		3.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili con gli strumenti disponibili	10	89 / 89 100%	100%	89 / 89 100%	10
4	Flusso Personale Convenzionato: Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre.	10	Si	Si	Si	10
5	Regolamento voci stipendiali	5.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2021	25		Si	Si	25
6	Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"	6.1	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale	20		100% (allegare report e relazione)	100%	20
			totale peso	100				100

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020 – 2022 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2020 / Importo budget 2020 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) (UOC Gestione Informatica aziendale)	4.1	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	10	5,14% giustificato	> 10%	19,71%	10
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Revisione regolamenti PAC aree interessate	20	Sì	Sì (allegare documentazione)	Sì	20
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	Sì	5
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	Bilancio e programmazione (UOC)	10	100%	100%	100%	10
		7.2	Gestione del patrimonio (UOC)	10	100%	100%	100%	10
		7.3	Progettazione e manutenzione (UOC)	10	100%	100%	100%	10
		7.4	Approvvigionamenti (UOC)	10	100%	100%	100%	10
		7.5	Gestione informatica aziendale (UOS) - v .Approvvigionamenti	10	100%	100%	100%	10
totale peso				100				100

**Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali:
UOC Bilancio e programmazione**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	4.1	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2021 secondo le direttive dell'Assessorato Regionale della Salute	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
		4.2	Predisposizione del bilancio consuntivo 2020 entro la scadenza prevista dalla normativa regionale vigente	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
5	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	5.1	Relazione sul Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
6	Miglioramento delle procedure di registrazione delle fatture e dei mandati di pagamento del "Ciclo Passivo"	6.1	N. fatture emesse da Fornitori registrate e pagate nei tempi previsti dalla normativa / N. totale fatture liquidate dalle strutture ordinanti	5	73.820/73.820 100%	≥ 95%	76.161/76.161 100%	5
		6.2	Produzione di report e relazione semestrale per la Direzione Amministrativa sulle fatture non pagate nei tempi previsti dalla normativa	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
7	Incremento incasso sui crediti	7.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2020	5	>15%	> = 10%	23%	5
8	Contabilità separata per prestazioni in ALPI.	8.1	Elaborazione di report semestrale aggiornato per ciascuna struttura erogatrice delle prestazioni in ALPI, con relativa valorizzazione, estratto dalla procedura Dedalus WHR	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
9	Parificazione casse economali	9.1	Verifiche casse ticket ed economali nella misura di almeno il 50% nel corso dell'anno	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	15	SI	SI (allegare relazione)	SI	15
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Trasmissione alla Piattaforma SIS dei modelli CE, per l'inserimento nella piattaforma NSIS, entro le scadenze previste dalle normative vigenti.	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
		11.2	Predisposizione del modello SP entro la scadenza prevista dalle normative vigenti	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
totale peso				100				100

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Gestione del patrimonio								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	4.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	85	Si (allegare relazione)	Si (allegare relazione)	SI	85
			totale peso	100				100

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Progettazione e manutenzione								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	≤ 1	5
4	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	4.1	Riduzione del n.procedure negoziate ed incremento delle procedure aperte aziendali rispetto al 2020	10		Si (allegare report di confronto 2020-2021)	giustificato	10
		4.2	Riduzione proroghe in essere al 31/12/2020	10		Si (allegare report di confronto 2020-2021)	giustificato	10
		4.3	Riduzione delle procedure d'acquisto in urgenza che derivano da un difetto di programmazione rispetto al 2020	10		Si (allegare relazione/ report di confronto 2020-2021)	giustificato	10
		4.4	Relazione complessiva sull'obiettivo	5		Si (allegare relazione)	giustificato	5
5	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	5.1	Allineamento lista fornitori attraverso uso specifico software che garantisca la rotazione degli operatori economici secondo criteri definiti dalla normativa: popolamento del database fornitori/professionisti e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10		100%	100%	10
		5.2	gestione contratti su registro repertorio informatizzato: caricamento contratti a sistema	10		>=90%	>=90%	10
		5.3	Regolamento incentivi per funzioni tecniche: adozione e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10		100%	100%	10
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	20	Si (allegare relazione)	Si (allegare relazione)	SI	20
			totale peso	100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO	
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	≤ 1	5	
4	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	4.1	Riduzione del n.procedure negoziate di acquisto beni-servizi ed incremento delle procedure aperte aziendali rispetto al 2020	10		Si (allegare report di confronto 2020-2021)	giustificato	10	
		4.2	Riduzione proroghe in essere al 31/12/2020	10		Si (allegare report di confronto 2020-2021)	giustificato	10	
		4.3	Riduzione delle procedure d'acquisto in urgenza che derivano da un difetto di programmazione rispetto al 2020	5		Si (allegare relazione/report di confronto 2020-2021)	giustificato	5	
		4.4	Allineamento lista fornitori attraverso uso di specifico software che garantisca la rotazione degli operatori economici secondo criteri definiti dalla normativa: popolamento del database fornitori/professionisti e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10		100%	100%	10	
		4.5	Gestione contratti su registro repertorio informatizzato: caricamento contratti sul software e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10		90%	1098 contratti 100%	10	
		4.6	Regolamento incentivi per funzioni tecniche: adozione e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	5			Si	Si	5
		4.7	Relazione complessiva sull'obiettivo	5			Si (allegare relazione)	Si	5
5	Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"	5.1	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale	5		100% (allegare report e relazione)	100%	5	
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	20	Si (allegare relazione)	Si (allegare relazione)	Si	20	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5		Si	Si	5	
				100				100	

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	2/2 100% 1) 140/140 2) 140/140 3) 138/142	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	3/3 100% 1) 102/102 2) 102/103 3) 102/102	5
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	24/24 100%	5
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>120 (allegare relazione)	15707/24=654	5
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7		SI (allegare relazione)	SI	7
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	3
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5		SI (allegare relazione)	SI	5
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10		SI (allegare relazione)	185	10

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	215/215 100%	5
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	185/185 100%	5
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	100%	5
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	11.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	attività sospesa dall'Ass.to	5
		11.2	Analisi dei risultati della Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale e adozione/realizzazione piani di miglioramento con relativi indicatori.	5		SI (allegare relazione)	giustificato	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	2/2 100% 1) 232/232 2) 232/232 3) 232/240	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	3/3 100% 1) 126/126 2) 97/97 3) 126/130	5
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	25/34 73,5%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	90%	5
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	14.815/34=43 5 >100	>120 (allegare relazione)	>120	5
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	SI	7
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	3
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5		SI (allegare relazione)	no causa covid	5
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	179	SI (allegare relazione)	179	10

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	D.M. 252/279 Sc.Car.0/0 BPCO 50/50 96,66%	>=80%	100%	5
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	279/279 100%	>=90%	163/163 100%	5
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	100%	5
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	11.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5	365/ 324 >100%	100%	attività interrotta dall'Ass.to	5
		11.2	Analisi dei risultati della Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale e adozione/realizzazione piani di miglioramento con relativi indicatori.	5		SI (allegare relazione)	giustificato	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	90%	4,5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021-2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	<1	≤ 1	≤ 1	5
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso / N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	3/3 1) 31/32 2) 31/32 3) 31/32 97%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	3/3 1) 38/38 2) 38/38 3) 38/38 100%	5
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	21/21 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	24/24 100%	5
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	7.184/21=342	>120 (allegare relazione)	3.945/24=164	5
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	SI	7
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	3
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5		SI (allegare relazione)	SI	5
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	86	SI (allegare relazione)	31	10

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	D.M. 140/148 Scomp.Card.6 0/69 BPCO 70/86 88%	>=80%	D.M. 130/138 Scomp.Card.7 5/86 BPCO 87/90 92.5%	5
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	D.M. 310/332 Scomp.Card.3 0/30 97%	>=90%	D.M. 468/498 Scomp.Card.3 7/41 92%	5
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	41/41 100%	5
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	11.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5	243/243 100%	100%	attività sospesa dall'Ass.to	5
		11.2	Analisi dei risultati della Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale e adozione/realizzazione piani di miglioramento con relativi indicatori.	5		SI (allegare relazione)	giustificato	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				99,5

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	<1	≤ 1	≤ 1	5
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 30/30 2) 30/30 3) 30/30 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	3/3 1) 55/55 2) 55/55 3) 55/55 100%	5
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	27/37 73%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	29/36 80,5%	5
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	18.216/27=67 5	>120 (allegare relazione)	> 120	5
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	Si	Si (allegare relazione)	Si	7
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	3
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		Si (allegare relazione)	Si	10
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5		Si (allegare relazione)	Si	5
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	100%	Si (allegare relazione)	56/56 100%	10

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	D.M. 50/50 Scomp.Card. 34/34 BPCO 21/21 100%	>=80%	D.M. 256/256 Scomp.Card. 139/139 BPCO 19/19 100%	5
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	181 / 197 92%	>=90%	320/337 95%	5
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		Si (allegare relazione)	SI	5
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	100%	5
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	11.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5	243/243 100%	100%	149/273 =55% attività sospesa	5
		11.2	Analisi dei risultati della Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale e adozione/realizzazione piani di miglioramento con relativi indicatori.	5		Si (allegare relazione)	giustificato	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	6/6 1)261/261 2) 251/260 3) 251/251 98,66%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	6/6 1)283/283 2) 283/283 3) 283/283 100%	5
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	28/30 90,3%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	29/30 97%	5
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	17.079/28=610	>120 (allegare relazione)	>120	5
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	SI	7
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	3
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5		SI (allegare relazione)	no giustificato	5
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	87	SI (allegare relazione)	6	10

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	D.M. 11/11 BPCO 22/22 Scm.Car. 1/1 100%	>=80%	D.M. 41/41 BPCO 87/87 Scm.Car. 14/14 100%	5
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	60/60 100%	>=90%	55/55 100%	5
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		Si (allegare relazione)	SI	5
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	100%	5
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	11.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5	100%	100%	276 e poi sospesa	5
		11.2	Analisi dei risultati della Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale e adozione/realizzazione piani di miglioramento con relativi indicatori.	5		Si (allegare relazione)	giustificato	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	6/7 85,71% 1)169/169 2)169/169 3)169/169	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	6/6 100% 1)156/156 2)156/156 3)156/156	5
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	29/29 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	30/30 100%	5
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	7.453/29=257	>120 (allegare relazione)	14322/30=477	5
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	Si	Si (allegare relazione)	Si	7
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	3
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		Si (allegare relazione)	Si	10
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5		Si (allegare relazione)	Si	5
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	141	>=70	39 causa covid	10

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	335/335 100%	>=80%	90%	5
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	1.192/1.208 98,7%	>=90%	680/680 100%	5
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	100%	5
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	11.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5	351/351 100%	100%	30/351 sospesa l'attività	5
		11.2	Analisi dei risultati della Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale e adozione/realizzazione piani di miglioramento con relativi indicatori.	5		SI (allegare relazione)	giustificato	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 261/261 2) 258/261 3) 261/261 99,66%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 1) 217/217 2) 217/217 3) 213/217 99,38%	5
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	41/41 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	41/42 97,62%	5
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	17.551/41 = 428	>120 (allegare relazione)	18.812/42=44 8	5
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	SI	7
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	3
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5		SI (allegare relazione)	SI	5
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	264	SI (allegare relazione)	168	10

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	D.M. 83/83 Sc.Card.36/36 BPCO 43/43 100%	>=80%	D.M. 82/82 Sc.Card.25/25 BPCO 96/96 100%	5
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	D.M. 16/16 Sc.Card. 9/9 100%	>=90%	D.M. 30/30 Sc.Card. 19/19 100%	5
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	100%	5
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	11.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5	558/558 100%	100%	339/339 100%	5
		11.2	Analisi dei risultati della Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale e adozione/realizzazione piani di miglioramento con relativi indicatori.	5		SI (allegare relazione)	SI	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 90/90 2) 90/90 3) 90/90 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	5/5 1) 127/127 2) 127/127 3) 126/126 100%	5
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	30/31 96,7%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	32/34 94%	5
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	16.834/31 543	>120 (allegare relazione)	16124/32=503	5
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	SI	7
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	3
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5		SI (allegare relazione)	SI	5
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	99	SI (allegare relazione)	28 causa covid	10

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	1.141/1.161 98,27%	>=80%	469/469 100%	5
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	874/874 100%	>=90%	683/723 94,47%	5
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	100%	5
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	11.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5	148/148 100%	100%	Attività sospesa dall'Ass.to	5
		11.2	Analisi dei risultati della Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale e adozione/realizzazione piani di miglioramento con relativi indicatori.	5		SI (allegare relazione)	giustificato	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	1/1 1) 230/230 2) 230/230 3) 230/230 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	1/1 1) 32/32 2) 149/149 3) 124/124 100%	5
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	19/20 95%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	73/77 95%	5
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	>100	>120 (allegare relazione)	>120	5
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	SI	7
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	3
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	>3%	SI (allegare relazione)	SI	5
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	259	SI (allegare relazione)	67	10

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	582 / 582 100%	>=80%	53/53 100%	5
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	250/250 100%	>=90%	241/241 100%	5
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		Si (allegare relazione)	SI	5
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	100%	5
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	11.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5	207 / 207 100%	100%	297/314 attività interrotta	5
		11.2	Analisi dei risultati della Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale e adozione/realizzazione piani di miglioramento con relativi indicatori.	5		Si (allegare relazione)	giustificato	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	48/49 98%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	49/49 100%	5
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	>100	>120 (allegare relazione)	>120	5
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	4	SI	SI (allegare relazione)	SI	4
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	2		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	2
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
6	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	6.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	3	>3%	>= 1% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	>1%	3
7	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	7.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	633	>=350	>=350	5
8	Miglioramento dell'empowerment del paziente	8.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	1006/1006 100%	>=80%	1.836/1.937 94,78%	5

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	9.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	3	2.277/2.287 99,6%	>=90%	2,178/2,207 98,68%	3
		9.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	3		Si (allegare relazione)	SI	3
		9.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	3	100%	100%	100%	3
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	10.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	3	1.328/915 >100%	100%	Attività sospesa	3
		10.2	Analisi dei risultati della Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale e adozione/realizzazione piani di miglioramento con relativi indicatori.	4		Si (allegare relazione)	giustificato	4
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
12	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	12.1	UOC PTA "Biondo"	5	100%	100%	100%	5
		12.2	UOC PTA "Casa del Sole"	5	100%	100%	100%	5
		12.3	UOC PTA "E. Albanese"	5	100%	100%	100%	5
		12.4	UOC PTA "Guadagna"	5	100%	100%	100%	5
		12.5	UOC PTA "Centro"	5	100%	100%	100%	5
totale peso				100				100

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:
UOC PTA "Biondo"**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	3/3 100% 1) 458/458 2) 434/434 3) 459/479	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	3/3 1) 318/318 2) 267/267 3) 299/301 99,33%	15
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	38/39 97,4%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	46/46 100%	15
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	40.799/38 =1.074	>120 (allegare relazione)	16252/46 353	10
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	SI	15
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	5
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	SI	15
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	213 / 213 100%	>=80%	630/630 100%	15
totale peso				100				100

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:
UOC PTA "Casa del Sole"**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	2/2 100% 1) 31/31 2) 30/31 3) 30/31	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	2/2 100% 1) 135/135 2) 135/135 3) 130/135 98,77%	15
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	14/17 82%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	20/20 100%	15
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	6.443/17=379	>120 (allegare relazione)	12882/20 =644	10
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	SI	15
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	5
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	SI	15
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	38/38 100%	>=80%	non attivo	15
totale peso				100				100

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:
UOC PTA "E. Albanese"**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	1/2 1) 101/101 2) 101/101 3) 101/101 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	2/4 1) 148/148 2) 148/148 3) 148/148 100%	15
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	30/31 96,77%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	38/39 97%	15
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	1135	>120 (allegare relazione)	699	10
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	SI	15
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	5
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	SI	15
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	73/89 82%	>=80%	406/507 80%	15
totale peso				100				100

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:
UOC PTA "Guadagna"**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	2/2 100% 1) 223/223 2) 202/211 3) 205/209	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	1/1 100% 1) 60/60 2) 60/60 3) 60/60	15
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	22/22 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	25/25 100%	15
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	15.309/22 =695	>120 (allegare relazione)	18824/25=753	10
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	SI	15
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	5
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	SI	15
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	1.030 / 1.030 100%	>=80%	800/800 100%	15
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5		100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021– 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5		100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15		>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 1) 164/164 2) 164/164 3) 164/16499,33 %	15
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15		>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	30/31 96,77%	15
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10		>120 (allegare relazione)	>120	10
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15		Sì (allegare relazione)	Sì	15
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	100%	5
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		Sì (allegare relazione)	Sì	15
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15		>=80%	>=80%	15
totale peso				100				100

area 1
UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Inoltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento le seguenti indicazioni: 1) denominazione processi/procedure analizzate; 2) per ciascun processo o procedura indicazione dei rischi individuati e dei correlati fattori abilitanti il rischio; 3) per ciascun rischio e correlati fattori abilitanti di cui al punto 2). L'indicazione delle misure di prevenzione ritenute opportune per contrastare i rischi esaminati.	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021/ Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Acquisizione di beni e servizi	4.1	Monitoraggio dell'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali e ai Distretti non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 150.000,00	35		SI (allegare relazione)	SI	35
5	Riorganizzazione competenze	5.1	Elaborazione documento organizzativo, approvato dalla Direzione Amministrativa, che individui le competenze delle UOC di Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1/ area 2/ area 3	25		SI (allegare documento)	SI	25
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	25	SI	SI (allegare relazione)	SI	25
			totale peso	100				100

area 2
UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Inoltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento le seguenti indicazioni: 1) denominazione processi/procedure analizzate; 2) per ciascun processo o procedura indicazione dei rischi individuati e dei correlati fattori abilitanti il rischio; 3) per ciascun rischio e correlati fattori abilitanti di cui al punto 2). L'indicazione delle misure di prevenzione ritenute opportune per contrastare i rischi esaminati.	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021/ Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Acquisizione di beni e servizi	4.1	Monitoraggio dell'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali e ai Distretti non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 150.000,00	35		SI (allegare relazione)	SI	35
5	Riorganizzazione competenze	5.1	Elaborazione documento organizzativo, approvato dalla Direzione Amministrativa, che individui le competenze delle UOC di Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1/ area 2/ area 3	25		SI (allegare documento)	SI	25
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	25	SI	SI (allegare relazione)	SI	25
			totale peso	100				100

area 3
UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Inoltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento le seguenti indicazioni: 1) denominazione processi/procedure analizzate; 2) per ciascun processo o procedura indicazione dei rischi individuati e dei correlati fattori abilitanti il rischio; 3) per ciascun rischio e correlati fattori abilitanti di cui al punto 2). L'indicazione delle misure di prevenzione ritenute opportune per contrastare i rischi esaminati.	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021/ Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Acquisizione di beni e servizi	4.1	Monitoraggio dell'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali e ai Distretti non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 150.000,00	35		SI (allegare relazione)	SI	35
5	Riorganizzazione competenze	5.1	Elaborazione documento organizzativo, approvato dalla Direzione Amministrativa, che individui le competenze delle UOC di Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1/ area 2/ area 3	25		SI (allegare documento)	SI	25
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	25	SI	SI (allegare relazione)	SI	25
totale peso				100				100

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOC Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	4.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 35.2 (Presenza di altro locale, oltre alla Cappella cattolica dedicato alla pratica religiosa) Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	10		Si (allegare relazione)	Si	10
5	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	Si (allegare relazione)	Si	10
		5.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		Si (allegare relazione)	Si	10
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5	SI	Si (allegare report)	Si	5
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		Si (allegare relazione)	Si (parziale per covid)	10

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOC Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	SI	SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)	si nessuna segnalazione	5
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	14/66=21,21% 1270/14=90,14	5
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	319	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	no causa covid	5
10	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	3/1 >100%	>=70%	2/2 100%	5
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		11.3	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5	62/62 100%	>=90%	90%	5
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5	54/54 100%	>=90%	90%	5
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	5	obiettivo stralciato	>=90%	90%	5
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	42/42 100%	>=90%	90%	5
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	5	49/49 100%	100%	100%	5
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	241/250 96,4%	>=80%	90%	5
7	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	5	8,05	DM 2020 - 0,5 gg	13,76	0
		7.2	UOS Lungodegenti POCorleone: Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	5	15,13 dato 2020	DM 2020 - 0,5 gg	23,5	0

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e privata</i>	5		>90% (allegare relazione)	91%	5
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si	Si	5
9	Miglioramento oragnizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	95/742 12,80% (sab/dom)	>=25%	40%	4
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pi quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	1,48/2=0,74	>= 1 (allegare relazione)	1,26	4
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	1,5	4
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4		100 %	100 %	4
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	79/768 10,29% fonte ADT	>=50%	60%	4
			totale peso	100				90

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	300/252>100%	100%	no giustificato	15
4	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	15	48/56 85,71%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	100%	15
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	10	6,78	DM 2020 - 0,5 gg	6,14	10
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5		Si	Si	5

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Miglioramento oragnizzativo degenza	7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisce la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	179/628 28,50% (sab/dom)	>=25%	39/154 25,3%	5
		7.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5	1,19/2=0,595	>= 1 (allegare relazione)	1	5
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	9,50%	5
		7.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	5		100 %	100 %	5
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	321/629 51,03% fonte ADT	>=50%	68/151 45%	4,5
			totale peso	100				99,5

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	60/60 100%	>=90%	15/15 100% giugno-dicembre	10
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	51/51 100%	>=90%	14/14 100% giugno - dicembre	10
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	72/72 100%	100%	giustificato	15
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (scompenso cardiaco) (vedi "allegato empowerment")	10	nessun dato	>=80%	70/70 100%	10
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 2 gg	10	9,70	DM 2020 - 2 gg	7,6	10

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si giustificato	4
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si giustificato	4
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4		>90% (allegare relazione)	Si giustificato	4
		7.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si giustificato	4
		7.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	Si giustificato	2
		7.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	Si	2
8	Miglioramento organizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3	55/339 16,22% (sab/dom)	>=25%	no	0
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	0,93/1=0,93	>= 1 (allegare relazione)	1	3
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	no giustificato	3
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	3		100 %	100 %	3
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	36/339 10,62% fonte ADT	>=50%	< 50%	0
			totale peso	100				94

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	5		100%	100%	5
4	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	90%	5
5	Mantenimento dei livelli di attività	9.1	Peso Medio (PM): PM 2021 / PM 2020	10	0,88	>=95%	0,98	10
		9.2	Degenza Media (DM): DM 2021 / DM 2020	10	8,46	<=105%	9,27	0
		9.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2021 / DM 2020	5	4,12	>=95%	6,15	5
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		>90% (allegare relazione)	95%	5
		6.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si	Si	5

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Miglioramento oragnizzativo degenza	7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisce la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5		>=25%	>30%	5
		7.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5		>= 1 (allegare relazione)	6,5	5
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	1,5	5
		7.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	5		100 %	100 %	5
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5		>=50%	65 %	5
			totale peso	100				90

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia								
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100/100 100%	100%	45/45 100%	15
4	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015) "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	Si	Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	Si	15
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 UO Ortopedia e traumatologia PO Partinico / PO Corleone / PO Ingrassia	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	26/66 39,39%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	100%	10
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico: Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	5	11,85	DM 2020 - 0,5 gg	8,03	5
		6.3	UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	5	7,61	DM 2020 - 0,5 gg	6,29	5

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia								
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiologicala del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		7.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		7.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5		Si	Si	5
8	Miglioramento oragnizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3	58/372 15,59% (sab/dom)	>=25%	30/140 21,42%	2,57
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	1,23/1=1,23	>= 1 (allegare relazione)	1,30/1=1,30	3
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	nessun incremento per covid	3
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	3		100 %	140/140 100%	3
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	182/372 48,92% fonte ADT	>=50%	74/140 52,85%	3
totale peso				100				100

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOS Urologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15		100%	100%	15
4	Miglioramento dei livelli di attività	4.1	Degenza Media (DM) UOS Urologia DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	15	5,75	DM 2020 - 0,5 gg	6,21 giustificato	15
		4.2	Revisione agenda delle prestazioni ambulatoriali della UOS Urologia in funzione delle risorse	10		Si (allegare relazione)	Si	10
5	Miglioramento dell'attività assistenziale	5.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		5.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		5.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		5.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	giustificato	5
		5.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5		Si	Si	5

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOS Urologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
6	Miglioramento organizzativo degenza	6.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5		>=25%	giustificato	5
		6.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5		>= 1 (allegare relazione)	giustificato	5
		6.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	giustificato	5
		6.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5		100 %	100 %	5
		6.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5		>=50%	>=50%	5
		totale peso				100		

**Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone
UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione “Trasparenza e Integrità” - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipativa del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	4.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 47 (Presenza di report periodici circa l'effettiva pratica della prenotazione diretta delle visite e degli esami post-ricovero) Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	15		SI (allegare relazione)	relazione	15
5	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019-GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
		5.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		SI (allegare report)	SI	5
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		SI (allegare relazione)	SI	10

**Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone
UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)	SI	5
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UO CCure primarie)	SI 10/10 100% 129	5
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	72	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	101	5
10	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	1/1 = 100%	>=70%	0/0 100%	5
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	10/10 100%	>=90%	33/33 100%	10
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5	10/10 100%	>=90%	29/33 87,87%	5
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	8/8 100%	>=90%	2/2 100%	10
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	21/23 91,3%	>=90%	15/18 83,33%	4,63
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	0	stralciato			0
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	42/50 84%	>=80%	59/61 96,72%	5
7	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 2 gg	5	12,55	DM 2020 - 2 gg	11,73	2,5

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	4		>90% (allegare relazione)	>90%	4
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	no giustificato	4
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	Si	2
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	Si	2
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	98/571 17,16% (sab/dom)	>=20%	81/405 20%	4
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	1,56/2=0,78	>= 1 (allegare relazione)	1,14/2=0,57	0
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4	64	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	65 giustificato	4
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4		100 %	418/418 100%	4
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	88/571 15,41% fonte ADT	>=50%	62/405 15,30% giustificato	4
			totale peso	90				83,13

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	54/54 100%	100%	100%	15
4	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	21/23 100%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	12/12 100%	10
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	15	6,86	DM 2020 - 0,5 gg	5,19	15
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5		Si	Si	5

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Miglioramento oragnizzativo degenza	7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	74/314 23,57% (sab/dom)	>=25%	64/218 29,36%	5
		7.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UJ.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5	0,42/1=0,42	>= 1 (allegare relazione)	0,60/1 giustificato	5
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5	1,2	valore 2020 >= 1,2 x valore 2019 (allegare relazione)	2	5
		7.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	5		100 %	307/307 100%	5
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	47/314 14,97% fonte ADT	>=50%	170/218 77%	5
		totale peso				100		

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipativa del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	4.1	Soddisfamento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	5		SI (allegare relazione)	SI	5
5	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
		5.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		SI (allegare report)	SI	5
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in doinne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		SI (allegare relazione)	SI	10

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	SI	SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)	nessuna indicazione	5
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	no per covid	5
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	251	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	NO giustificato	5
10	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	0/0 100%	>=70%	0/0 100%	5
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		11.3	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
12	Miglioramento dell'attività assistenziale in ambito ostetrico e pediatrico	12.1	Attivazione di 2 posti letto di neonatologia a Termini Imerese (obiettivo condiviso col Dipartimento salute donna e bambino, UOC Provveditorato e UOC Gestione Giuridica del personale)	5		SI (allegare relazione)	v. relazione di ginecologia	5
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	82/89 92,13%	>=90%	35/37 94%	10
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5	78/85 91,76%	>=90%	35/35 100%	5
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	34/34 100%	>=90%	24/24 100%	10
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	54/54 100%	>=90%	33/33 100%	5
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	120/120 100%	100%	106/106 100%	10
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	237/237 100%	>=80%	142/142 100%	5
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	UOC Medicina interna PO Termini Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 3 gg	5	13,89	DM 2020 - 3 gg	12,9	2
		7.1	UOS Lungodegenti PO Termini: Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 3 gg	5	28,93 dato 2020	DM 2020 - 3 gg	no per covid	5

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4		>90% (allegare relazione)	99% v. ospedalità	4
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	Si	2
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	Si	2
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3	88/516 17,05% (sab/dom)	>=25%	50/192 26%	3
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	1,41/2=0,705	>= 1 (allegare relazione)	2	3
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	Si	3
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	3		100 %	97%	2,91
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	77/516 14,92% fonte ADT	>=50%	135/192 70%	3
			totale peso	100				96,91

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

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	45/45 100%	100%	30/30 100%	15
4	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	10/11 90,91%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	6/7 85,7%	8,99
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) UOC Chirurgia generale PO Termini: DM 2021 = DM 2020 - 2 gg	15	9,26	DM 2020 - 2 gg	giustificato	15
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	no per covid	5
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5		Si	no per covid	5

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Miglioramento oragnizzativo degenza	7.1	<p><i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i></p> <p>Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni</p>	5	21/236 8,90% (sab/dom)	>=25%	22/175 12,5%	5
		7.2	<p><i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i></p> <p>Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti</p>	5	0,21/1=0,21	>= 1 (allegare relazione)	no per covid	5
		7.3	<p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p>	5		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	7/175 4%	5
		7.4	<p><i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i></p> <p>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita</p>	5		100 %	175/175 100%	5
		7.5	<p><i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i></p> <p>n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni</p>	5	112/236 47,46% fonte ADT	>=50%	73/91 80,2%	5
			totale peso	100				98,99

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOC Ortopedia e traumatologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	36/36 100%	100%	21/21 100%	15
4	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	Si	Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	Si	15
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 UO Ortopedia e traumatologia PO Termini / PO Petralia	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	92/134 68,66%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	66/87 75,86%	8,6
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO Termini Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	5	8,12	DM 2020 - 0,5 gg	9,65	5

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOC Ortopedia e traumatologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		7.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		7.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5		Si	Si	5
8	Miglioramento organizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	36/384 9,38% (sab/dom)	>=25%	45/297 15,15%	4
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	0,84/1=0,84	>= 1 (allegare relazione)	0,84	0
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	159/297 53,53%	4
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4		100 %	297/297 100%	4
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	323/384 84,11% fonte ADT	>=50%	228/240 95%	4
			totale peso	100				94,6

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Otorinolaringoiatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	35	99/99 100%	100%	48/48 100%	35
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Mantenimento attività di day service: N. di day service 2021 / N. day service 2020	25	99	>=98%	117 (118%)	25
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		6.4	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5		Si	Si	5
7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5		100 %	339/339 100%	5
		7.2	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	165/506 32,61% fonte ADT	>=50%	49/49 100%	5
totale peso				100				100

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	4.1	Soddisfaccimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 136.3 (Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche:- aggiornata in un periodo antecedente all'osservazione di non più di 36 mesi- contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni- contenente una sezione dedicata agli impegni, con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica- contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	15		SI (allegare relazione)	SI giustificato	15
5	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PRGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
		5.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		SI (allegare report)	SI	5

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	5		SI (allegare relazione)	SI	5
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	SI	SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)	SI	5
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	SI	5
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	262	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	SI	5
10	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	0/0 100%	>=70%	0/0 100%	5
11	Miglioramento dei livelli di attività per la UOS Medicina fisica e riabilitazione	11.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 15 gg	5	59,81	SI	49,6	2
12	Miglioramento dell'attività assistenziale	12.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		12.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		SI (allegare relazione)	no causa covid	5
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	1531	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				97

**Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana
UOC Medicina generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	149/149 100%	>=90%	101/101 100%	10
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5	149/149 100%	>=90%	97/101 96%	5
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	8/8 100%	>=90%	3/3 100%	10
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	26/26 100%	>=90%	66/66 100%	5
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	126/126 100%	100%	213/213 100%	10
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	139/139 100%	>=80%	213/213 100%	5
7	Mantenimento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Peso Medio (PM): PM 2021 / PM 2020	2	1,04	>=95%	1,13	2
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2021 / DM 2020	2	8,91	<=105%	7,45	2
		7.3	Tasso Occupazione (TO): 2021 / 2020	2	280,06	>=95%	98%	2

**Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana
UOC Medicina generale**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UOOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UOOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	no per Covid	4
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	4		>90% (allegare relazione)	Si	4
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UOOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	no	0
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	Si	2
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	Si	2
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	105/553 18,99% (sab/dom)	>=25%	85/366 23%	3,68
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	1,50/2=0,75	>= 1 (allegare relazione)	2	4
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	69/366 1,8	3
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4		100 %	100 %	4
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	91/553 16,46% fonte ADT	>=50%	67/366 18%	0
			totale peso	100				91,68

**Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana
UOS Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15		100%	attività sospesa	15
4	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10		>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	4/4 100%	10
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	15	8,91	DM 2020 - 0,5 gg	6,09	15
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	SI	5
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	no per covid	5
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	5		Si (allegare relazione)	18/18 100%	5
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si (allegare relazione)	SI	5
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5		Si	SI	5

**Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana
UOS Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5		>=25%	10/28 36%	5
		7.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5		>= 1 (allegare relazione)	>1	5
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	no causa covid	5
		7.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5		100 %	100 %	5
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5		>=50%	28/28 100%	5
		totale peso				100		

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	4.1	Soddisfaccimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 47 (Presenza di report periodici circa l'effettiva pratica della prenotazione diretta delle visite e degli esami post-ricovero) Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	10		SI (allegare relazione)	SI	10
5	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
		5.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		SI (allegare report)	SI	5
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, PTCA in pazienti con IMA STEMI, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		SI (allegare relazione)	SI	10

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	0		Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)	non è stata richiesta di attivazione	0
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	46/105=43,8% 6.079/46=132,15	5
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	239	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	202	5
10	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbilli, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	0/0 100%	>=70%	0/0 100%	5
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
		11.3	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Si (allegare relazione)	Si	5
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	Si	5
totale peso				95				95

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Medicina generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	7/7 100%	>=90%	21/21 100%	10
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5	7/7 100%	>=90%	21/21 100%	5
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	4/4 100%	>=90%	12/12 100%	10
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	17/17 100%	>=90%	20/20 100%	5
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	45/45 100%	100%	45/45 100%	10
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	47/53 88,67%	>=80%	59/61 96,7%	5
7	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 2 gg	5	13,30	DM 2020 - 2 gg	13 causa covid	5

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Medicina generale

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4		>90% (allegare relazione)	Si	4
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	Si	2
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	Si	2
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	114/562 20,28% (sab/dom)	>=25%	90/444 =20,27%	3,25
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	1,54/2=0,77	>= 1 (allegare relazione)	1,30/2 =0,65 giustificato	4
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4	80	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	152	4
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4		100 %	475/475 100%	4
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	20,80% fonte ADT	>=50%	108/444 =24,32%	1,95
		totale peso				100		

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	81/81 100%	100%	139/72>100%	15
4	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	35/49 71,43%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	51/57 89,47%	9,39
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 2 gg	15	8,72	DM 2020 - 2 gg	7,02 giustificato	15
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Sì (allegare relazione)	Sì	5
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Sì (allegare relazione)	Sì	5
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Sì (allegare relazione)	Sì	5
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì (allegare relazione)	Sì	5
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5		Sì	no giustificato	5

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	59/420 14,05% (sab/dom)	>=25%	165/591 27,91%	5
		7.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5	0,68/1=0,68	>= 1 (allegare relazione)	1,6/1=1,6	5
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5	7,30%	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	9,47%	5
		7.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5		100 %	100 %	5
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	182/420 43,33% fonte ADT	>=50%	430/551 78,03%	5
			totale peso	100				99,39

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Cardiologia - UTIC**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA e SCA (sindrome coronarica acuta) per i quali, sulla base del rischio emorragico, si forniscono indicazioni nella relazione di dimissione del tipo e dei tempi di terapia antiaggregante e anticoagulante / N. pazienti con FA e SCA dimessi	10	170/187 90,9%	>=90%	87/87 100%	10
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	54/54 100%	100%	90/90 100%	15
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	5.1	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	10	62/70 88,57%	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	119/126 94,44%	10
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (scompenso cardiaco) (vedi "allegato empowerment")	10	96/96 100%	>=80%	100/100 100%	10
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 2 gg	10	9,10	DM 2020 - 2 gg	6,2	10

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Cardiologia - UTIC**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
8	Miglioramento dell'attività assistenziale	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4		>90% (allegare relazione)	Si	4
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	4		Si (allegare relazione)	Si	4
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	Si	2
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	Si	2
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3	203/953 21,30% (sab/dom)	>=25%	235/1078 21,79%	2,61
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	2,46/2=1,23	>= 1 (allegare relazione)	1,9/2=0,95	2,78
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	36/1078 3,3%	3
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	3		100 %	100 %	3
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	213/953 22,35% fonte ADT	>=50%	537/1078 49,8%	3
			totale peso	100				99,39

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Geriatria + UOS Lungodegenza

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	15	50/50 100%	>=90%	89/89 100%	15
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	27/27 100%	>=90%	15/15 100%	10
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	107/113 94,6%	100%	39/36 >100%	15
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	135/163 82,82%	>=80%	235/291 80,76%	5
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2021 / PM 2020	5	1,15 dato 2020	>=95%	101,70%	5
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2021 / DM 2020	5	11,02 dato 2020	<=105%	108,90%	5
		6.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2021 / DM 2020	5	81,29% dato 2020	>=95%	116,74%	5
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	3		Sì (allegare relazione)	Sì	3
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	3		Sì (allegare relazione)	Sì	3
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	3		>90% (allegare relazione)	Sì	3
		7.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	2		Sì (allegare relazione)	Sì	2
		7.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Sì (allegare relazione)	Sì	2
		7.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Sì	Sì	2

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria + UOS Lungodegenza								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
8	Miglioramento oragnizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisce la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3	76/460 16,52% (sab/dom)	>=25%	96/531=18,07% giustificato	3
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	1,24/2=0,62	>= 1 (allegare relazione)	1,45/2=0,73 giustificato	3
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3	551	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	531 giustificato	3
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	3		100 %	531/531 100%	3
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	26,6% fonte ADT	>=50%	190/531 35,7%	2,15
		totale peso				100		

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOS Screening colon retto**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Estensione screening tumore del colon retto	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	30		100%	177.926/177.926 100%	30
4	Adesione screening tumore del colon retto	4.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5		>=50%	41.030/182.174 23%	2,3
5	Soddisfamento del debito informativo ministeriale	5.1	Compilazione survey entro 15 giorni dalla scadenza	10		Si (allegare relazione)	Si	10
6	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per lo screening del tumore del colon retto	6.1	Aggiornamento del PDTA	10		Si (allegare documento)	Si	10
7	Aumento tasso di individuazione di adenomi durante colonscopia nell'ambito del programma di screening del tumore del colon retto (adenoma detection rate)	7.1	N°colonscopie con almeno un polipo /N° totale colonscopie eseguite dopo SOF test positivo	5		>20%	264/881 30%	5
8	Completezza della colonscopia	8.1	N. di colonscopie con raggiungimento del cieco/ N. di colonscopie eseguite	5		>=90%	863/881 98%	5
9	Tasso di adesione alla colonscopia	9.1	N. utenti che hanno aderito alla colonscopia / N. utenti con SOF test positivo (N°colonscopie/SOF+)	5		>= 85%	881/1811 49%	2,88
10	Tempestività della colonscopia	10.1	N. utenti con SOF test positivo che eseguono colonscopia entro 60 giorni dall'evidenza del test positivo / N. utenti con SOF test positivo	5		>= 50%	599/881 68%	5
11	Miglioramento della soddisfazione dell'utente	11.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	5		>= 95%	Si	5
12	Collaborazione con l'U.O. Centro Gestionale Screening	12.1	Collaborazione con U.O. CGS per analisi precede-proceed	5		Si (allegare relazione)	Si	5
13	Adeguatezza della colonscopia	13.1	N. di colonscopie con pulizia adeguata/ N. di colonscopie eseguite	5		>=90%	836/881 95%	5
			totale peso	100				95,18

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "Ingrassia" di Palermo
UO. Ortopedia e traumatologia**

N. V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100/100 100%	100%	45/45 100%	15
4	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	Sì	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	Sì	15
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 UO Ortopedia e traumatologia PO Partinico / PO Corleone / PO Ingrassia	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	26/66 39,39%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	72,53%	7,7
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico: Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	5	11,85	DM 2020 - 0,5 gg	8,03	5
		6.3	UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 0,5 gg	5	7,61	DM 2020 - 0,5 gg	6,29	5

7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Sì (allegare relazione)	Sì	5
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021	5		Sì (allegare relazione)	Sì	5
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5		Sì (allegare relazione)	Sì	5
		7.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì (allegare relazione)	Sì	5
		7.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5		Sì	Sì	5
8	Miglioramento organizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3	58/372 15,59% (sab/dom)	>=25%	144/510 28,23%	3
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	1,23/1=1,23	>= 1 (allegare relazione)	1,30/1=1,30	3
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	nessun incremento per covid	3
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	3		100 %	510/510 100%	3
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	182/372 48,92% fonte ADT	>=50%	160/510 31,37%	1,88
			totale peso	100				96,58

**Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo
UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	4.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	SI	15
		4.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	20		SI (allegare relazione)	SI	20
		4.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	15		SI (allegare report)	SI	15
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	15	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	SI	15

**Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo
UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
6	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	6.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	15	262	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	376	15
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
			totale peso	100				100

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo
UOC Unità spinale

UOC	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti del Centro "Villa delle Ginestre"	3.1	N. cartelle cliniche con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. cartelle cliniche dei pazienti degenti	30	108/113 91,15%	100% (allegare report)	80/80 100%	30
4	Monitoraggio procedura aziendale "Prevenzione e Gestione delle cadute della persona assistita"	4.1	N. cartelle cliniche dei pazienti ricoverati in cui viene compilata la scheda valutazione dei fattori di rischio di caduta e la scheda dei provvedimenti adottati per ridurre il rischio di caduta / N. pazienti ricoverati	30		100%	80/80 100%	30
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20	30/30 100%	100%	<100% giustificato	20
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	Degenza Media (DM): DM 2021 = DM 2020 - 10 gg	10	108,99	DM 2020 - 10 gg	giustificato	10
			totale peso	100				100

**Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo
UOC Recupero e riabilitazione funzionale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2020	V.A. 2021	V.R. 2021	PESO
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	100%	5
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	100%	5
3	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti presso il P.O. Ingrassia	3.1	N. pazienti degenti presso P.O. Ingrassia per i quali si effettua la valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo / N. pazienti degenti nel P.O. Ingrassia per i quali si è ricevuta richiesta di valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo	35		> 90% (allegare report)	nessuna richiesta 0/0 100%	35
4	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti ambulatoriali del Centro "Villa delle Ginestre"	4.1	N. pazienti con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. pazienti destinatari di progetto riabilitativo	35		>=100% (allegare report)	69/69 100%	35
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20	144/144 100%	100%	144/144 100%	20
			totale peso	100				100



ALLEGATO 2

LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

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

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

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

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

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

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

CALCOLO PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

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

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 60/100

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

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

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

Punteggio area A

0,00

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

AREA B - peso 25/100

Comportamenti generali

b.1 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di programmare le attività dell'U.O. in funzione dei bisogni degli utenti e per la soddisfazione delle loro esigenze	1	2	3	4	5
b.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto degli impegni assunti. b.2.1. Esistenza di un Piano di macrostruttura /U.O.C. collegato all'indirizzo strategico aziendale	1	2	3	4	5
b.3 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o delle direttive aziendali	1	2	3	4	5
b.4 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso una costante attività di aggiornamento e la condivisione delle conoscenze nel gruppo di lavoro	1	2	3	4	5

Competenze professionali e manageriali

b.5 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA Indica la capacità di costruire piani di lavoro integrati multi professionali, anche con le altre UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio. b.5.1. Realizzazione dei piani di lavoro integrati multiprofessionali e fra UU.OO. o Macrostrutture, con particolare attenzione al monitoraggio dei risultati e all'introduzione dei correttivi necessari.	1	2	3	4	5
b.6 CAPACITA' DI INNOVAZIONE Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
b.7 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta	1	2	3	4	5

Competenze tecnico scientifiche

b.8 Esistenza documentata di un sistema di monitoraggio delle attività della macrostruttura/U.O.C. e di verifica dei risultati	1	2	3	4	5
b.9 Contributo al Piano degli Obiettivi aziendali b.9.1. Esistenza di relazione e/o documenti di monitoraggio delle attività e dei risultati	1	2	3	4	5
b.10 Per i Direttori dell'AREA SANITARIA Attivazione e sviluppo di programmi documentabili di innovazione/riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali in una prospettiva di: - appropriatezza - efficacia - efficienza - centralità dei bisogni globali del paziente/utente	1	2	3	4	5
b.10 Per i Direttori dell'AREA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA Attivazione e sviluppo di programmi documentabili di innovazione/riorganizzazione delle attività amministrative (con particolare riferimento allo snellimento burocratico e al supporto all'attività assistenziale)					

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 15/100

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

Scheda di valutazione anno _____

Area Dirigenza

Dirigenti con incarico *professional* o di Responsabile UOS

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

Assegnazione degli obiettivi in data ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

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

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

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

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

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

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

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 55/100

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

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

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

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 30/100

Comportamenti generali

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

Competenze professionali e manageriali

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

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 15/100

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

"Allegato A"

Scheda di valutazione anno _____
Area Comparto

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

Assegnazione degli obiettivi in data ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

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

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

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

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

Timbro e firma del Responsabile UOS _____

Timbro e firma del Direttore UOC/Macrostruttura _____

Firma del valutato _____

"Allegato A"

AREA A - peso 30/100

Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo

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

Punteggio area A

0,00

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

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 50/100

Comportamenti generali e competenze professionali

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

Punteggio area B

0,00

"Allegato A"

AREA C - peso 20/100

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