

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

| Scheda obiettivo Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2022-2024: obiettivo 3c) PUNTI 5 | |
|--|--|
| SUB-OBIETTIVO N. 1 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 25%) | |
| Intraprendere azioni volte a garantire maggiore trasparenza e la prevenzione della corruzione. | |
| Descrizione | Azioni di sensibilizzazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della legalità destinata a tutti i dipendenti, con particolare riferimento a coloro che gestiscono procedimenti/processi a più alto rischio di fenomeni corruttivi. Le azioni dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico: 1) l'analisi e mappatura dei processi e procedimenti, in seno all'Area di riferimento, che riguardano concessioni/autorizzazioni ed erogazioni di beni e servizi sovvenzioni come individuati dall'Autorità con Delibera Anac 468/2021; 2) identificazione dei rischi e delle misure di prevenzione idonee al loro contenimento; 3) monitoraggio e realizzazione dei correlati obblighi di pubblicazione da realizzarsi sul sito istituzionale nella prevista sezione di Amministrazione Trasparente; 4) attività di monitoraggio periodico sul rispetto dei tempi procedurali secondo quanto previsto dall'art. 1, co.28, della l.190/2012. La misura consente di far emergere eventuali omissioni e anomalie nonché ritardi e/o interruzioni nella conclusione dei procedimenti che possono essere sintomatici di fenomeni di cattiva amministrazione. |
| Indicatore | Inoltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento le seguenti indicazioni: 1) denominazione processi/procedure analizzate; 2) per ciascun processo o procedura indicazione dei rischi individuati e dei correlati fattori abilitanti il rischio; 3) per ciascun rischio e correlati fattori abilitanti di cui al punto 2). L'indicazione delle misure di prevenzione previste. Invio dell'attestazione dei realizzati adempimenti di pubblicazione obbligatori |
| Valori attesi | Trasmissione Relazione attestante l'analisi dei processi/procedimenti in due fasi (50% entro il primo semestre e 100% finale) |
| Data inizio/fine | Entro il 30/06/2022 Entro il 30/11/2022 |

| | |
|--|--|
| SUB-OBIETTIVO N. 2 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 25%) | |
| Intraprendere azioni volte a garantire la insussistenza di conflitti di interesse. | |
| Descrizione | Azioni di sensibilizzazione del personale sul tema conflitto di interessi ed obbligo di astensione come regolamentati dal PTPC Aziendale. Le azioni di sensibilizzazione dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico, il potenziamento e il monitoraggio dei controlli delle dichiarazioni da rendere in materia di obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, ai sensi dell'Art. 6 e 7 del DPR 62/2013 e dell'art. 6-bis della l. 241 del 1990. |
| Indicatore | <ol style="list-style-type: none"> 1. acquisizione e conservazione in seno alle strutture di appartenenza delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi prodotte dai dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a responsabile unico del procedimento; 2. monitoraggio della situazione, attraverso l'aggiornamento, con cadenza periodica annuale della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ricordando a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate; 3. esemplificazione di alcune casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara); 4. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale (ad esempio, il responsabile dell'ufficio nei confronti del diretto subordinato); 5. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione; 6. azione di sensibilizzazione volta ad incentivare l'utilizzo della apposita modulistica prevista dal vigente PTPC finalizzata alla presentazione tempestiva delle dichiarazioni di cui ai modelli F, D, E |
| Valori attesi | Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei Referenti aziendali di un report ove siano indicati: - i nominativi dei dipendenti che nell'ambito della Struttura di appartenenza, nel corso dell'anno hanno prodotto le dichiarazioni come previste dal vigente PTPC sia al momento dell'assegnazione all'ufficio o nel corso di svolgimento di attività istituzionali ad es. in caso di nomina a responsabile unico del procedimento/responsabile del procedimento . |
| Data inizio/fine | Entro il 30/11/2022 |

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

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------|--------------|------------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) (U.O. Qualità e Gestione Rischio clinico) | 3.1 | Realizzazione degli interventi 2.1.A, 2.1.B, 2.1.C, 2.1.E. | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 3.2 | Monitoraggio intervento 2.2.B | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 4 | Elaborazione di Piano formativo aziendale ECM (U.O. Formazione e sviluppo apprendimento organizzativo) | 4.1 | N. corsi formativi ECM realizzati / N. corsi formativi ECM indicati nel Piano formativo ECM | 10 | 7/8 87,5% | >=50% | |
| 5 | La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipativa del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B) (U.O. Qualità e Gestione Rischio Clinico) | 5.1 | Monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi da parte dei PP.OO. Relativi alla check list del Ministero della Salute AGENAS | 5 | | 10% Items | |
| 6 | Revisione Rete Referenti Formazione (secondo vigente Atto Aziendale giusta Delibera prot. n° 81 del 21/01/20) (U.O. Formazione e sviluppo apprendimento organizzativo) | 6.1 | Delibera aggiornamento rete referenti formazione | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) (U.O. Comunicazione e informazione) | 7.1 | Pubblicazione sul sito aziendale del monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali trasmesso dalla UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 8 | Obiettivi di Salute e di Funzionamento assegnati alla Direzione Generale | 8.1 | Monitoraggio e rendicontazione degli obiettivi e regolare trasmissione all'Assessorato alla Salute secondo crono programma AGENAS | 12,5 | | SI (allegare relazione) | |
| 9 | Attività degli uffici della Direzione Strategica | 9.1 | Rendicontazione/Relazione degli uffici della Direzione Strategica secondo le indicazioni delle tre direzioni | 2,5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 10 | Pronto soccorso - Gestione del sovraffollamento (Bed Manager) | 10.1 | Livello di completezza delle verifiche delle variazioni dei posti letto nel monitoraggio continuo effettuato in tutti i PP.OO. Aziendali nelle 2 rilevazioni-indice giornaliere effettuate su piattaforma GECOS | 5 | | 100% (allegare relazione) | |
| 11 | Attivazione e Monitoraggio del nuovo sistema On-Line di Rilevazione della Customer Satisfaction | 11.1 | Attivazione | 2,5 | | SI | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|--------------------|--|---------|---|------------|---------------|-------------------------------------|-----------|
| | Misurazione della Customer Satisfaction (UO Comunicazione) | 11.2 | Monitoraggio (report 6 mesi _12 mesi) | 2,5 | | (allegare relazione) | |
| 12 | Piano Aziendale di Comunicazione per la Salute 2021 (UO Comunicazione-Gruppo aggiornamento sito) Revisione continua sito aziendale (dati relativi ai servizi) ai sensi dell'Atto Aziendale di cui alla delibera 81 del 21/1/2020 | 12.1 | Predisposizione e trasmissione delle richieste di aggiornamento alle macrostrutture aziendali che non hanno aggiornato i relativi dati sul sito aziendale | 5 | | 100% | |
| | | 12.2 | Rielaborazione e pubblicazione sul sito aziendale dei dati pervenuti | 5 | | | |
| 13 | Applicazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale (SMVP) in adempimento al DLgs 150/09 e s.m., agli indirizzi del Dipartimento Funzione Pubblica e ai CCNL (U.O. Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane) | 13.1 | N. valutazioni individuali che seguono le procedure interne / N. valutazioni individuali pervenute | 5 | 6.751 / 6.751 | 100% | |
| | | 13.2 | Realizzazione di n.2 edizioni dell'evento formativo rivolto alla rete di referenti aziendali per la valutazione, come da proposta presentata all'UOS Formazione | 5 | SI | Allegare relazione | |
| 14 | Attività Referenti Ricerca e Internazionalizzazione (D.A. n.1268 del 01 luglio 2013 e successive integrazioni) | 14.1 | N.di richieste di consulenza ricevute da strutture aziendali / N. consulenze effettuate; | 2,5 | 100% | 100% (allegare report/relazione) | |
| | | 14.2 | N.di partenariati progettuali richiesti e accordati dal D.G. a Enti richiedenti / N. procedure di partenariato definite su apposite piattaforme e/o programmi (Portale CHAIROS, Call for proposal ecc.) | 2,5 | | | |
| 15 | Accreditamento dell'ASP di Palermo quale soggetto abilitato alla formazione all'utilizzo dei DAE (Defibrillatore Automatico Esterno) - D.A. n.2345 del 29/11/2016 (U.O. Formazione e sviluppo apprendimento organizzativo) | 15.1 | Provvedimento regionale di accreditamento | 5 | | SI (allegare accreditamento) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Programmazione, Controllo di Gestione | | | | | | | |
|---|--|---------|---|------------|-----------|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2020 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Piano della performance | 3.1 | Proposta di delibera per l'adozione del "Piano della performance" | 15 | Si | Si (allegare documentazione) | |
| 4 | Relazione sulla performance | 4.1 | Proposta di delibera per l'adozione del "Relazione sulla performance" | 15 | Si | Si (allegare documentazione) | |
| 5 | Relazione sulla Gestione | 5.1 | Trasmissione alla UOC Bilancio e Programmazione della "Relazione sulla Gestione" | 15 | Si | Si (allegare documentazione) | |
| 6 | Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 6.1 | Assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate | 15 | SI | SI | |
| | | 6.2 | Monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato | 5 | SI | SI | |
| 7 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 7.1 | Realizzazione degli audit previsti nel Piano di Internal Audit | 15 | Si | Si (allegare documentazione) | |
| 8 | Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione" | 8.1 | Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale | 10 | | 100% (allegare report e relazione) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Legale | | | | | | | |
|--|--|---------|---|------|-----------------|---------------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Monitoraggio delle attività di gestione del contenzioso | 3.1 | Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso, con specifica descrizione delle cause contenzioso e tipologie, valore delle singole cause e stima del grado di soccombenza. | 5 | SI | SI (allegare report) | |
| | | 3.2 | Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento | 5 | SI | SI (allegare documentazione) | |
| | | 3.3 | N. procedure attivate per recupero crediti / N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite | 5 | 36/36 100% | 100% | |
| | | 3.4 | Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio. | 5 | SI | SI (allegare report) | |
| | | 3.5 | Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai Legali con adozione delle relative determinine entro il mese successivo al trimestre di riferimento | 5 | SI | SI (allegare documentazione) | |
| 4 | Monitoraggio delle attività relative al contenzioso del lavoro | 4.1 | Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso del lavoro, con specifica descrizione delle cause, del valore delle singole cause, della stima del grado di soccombenza. | 5 | SI | SI (allegare report) | |
| | | 4.2 | Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento. | 5 | SI | SI (allegare documentazione) | |
| | | 4.3 | Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio. | 5 | SI | SI (allegare documentazione) | |
| | | 4.4 | Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai legali con adozione delle relative determinine entro il mese successivo al trimestre di riferimento | 5 | SI | SI (allegare documentazione) | |
| 5 | Monitoraggio delle attività relative alla gestione sinistri del personale | 5.1 | Gestione assicurativa polizze RCT/O - Infortuni - Kasko: N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri/N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti | 10 | 174/174 100% | > 80% | |
| | | 5.2 | Procedure denunce sinistri: N. Polizza gestite/N. procedure avviate | 10 | 3/3 100% | > 80% | |
| 6 | Monitoraggio delle attività relative alle sanzioni | 6.1 | Produzione di report direzionale delle attività relative alle sanzioni | 8 | SI | SI (allegare report) | |
| 7 | Regolamentazione tariffe per compensi legali | 7.1 | Applicazione del regolamento sulle tariffe degli avvocati esterni | 4 | SI | SI | |
| 8 | Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della difesa legale dell'Azienda | 8,1 | Numero costituzioni in giudizio dell'azienda/Numero compl. Processi relativi alle seguenti tipologie di giudizio* | 3 | | ≥ 90% | |

| UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Legale | | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|-----------|-------------------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 9 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 8.1 | implementazione di un file di monitoraggio della normativa caricata in piattaforma ed eventuali aggiornamenti (Monitorare la normativa caricata in piattaforma - Azione PAC A1.1) | 3 | | SI (allegare relazione e report) | |
| 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 2.1.E - Adempimenti Legge 24/2017: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali | 7 | SI | SI (allegare relazione) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

*Seguente tipologie di giudizio:

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

| UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Psicologia | | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|-----------|-----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto degli obblighi ex D.L. 81/08 per la gestione dello Stress Lavoro Correlato | 3.1 | Attività di consulenza specialistica rivolta ai dipendenti con difficoltà in ambito lavorativo (Sportello di Ascolto S.L.C.). N. dipendenti accolti entro 5 gg. lav. / N. dipendenti che accedono allo Sportello S.L.C. | 30 | | >= 80% (allegare report) | |
| 4 | Organizzazione eventi formativi destinati agli Psicologi dell'ASP | 4.1 | N. eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia | 20 | | >=2 | |
| 5 | Attività Psicologiche relative all'emergenza Covid-19 | 5.1 | Attività di sostegno psicologico rivolto agli operatori sanitari impegnati nell'emergenza Covid-19, anche in modalità da remoto. N. Operatori sanitari assistiti nell'anno 2021. N. Interventi Psicologici effettuati nell'anno 2021. | 20 | | Rilevazione e report | |
| | | 5.2 | Attività di sostegno psicologico rivolto ai pazienti affetti da Covid-19 e loro familiari (sia in regime di ricovero che altrimenti domiciliati) svolta in modalità da remoto. N. Pazienti e Familiari assistiti nell'anno 2021. N. Interventi Psicologici effettuati nell'anno 2021. | 20 | | Rilevazione e report | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Servizio Prevenzione e Protezione | | | | | | | |
|---|--|---------|---|------------|-----------|-----------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Controllo idoneità dei locali deposito/archivi dei PP.OO.Aziendali | 3.1 | N. Presidi Ospedalieri nei quali si effettuerà la ricognizione, individuazione e accertamento delle idoneità/criticità dei locali sottoposti a controllo / N. Presidi Ospedalieri nei quali è stata effettuata la ricognizione, individuazione e accertamento delle idoneità/criticità dei locali sottoposti a controllo. | 45 | | >=50% | |
| 4 | Ricognizione e verifica del corretto posizionamento della segnaletica (Covid - 19, sicurezza, antincendio) nei PP.OO.Aziendali | 4.1 | N. Presidi Ospedalieri nei quali si effettuerà la ricognizione, individuazione e accertamento delle idoneità/criticità dei locali sottoposti a controllo / N. Presidi Ospedalieri nei quali è stata effettuata la ricognizione, individuazione e accertamento delle idoneità/criticità dei locali sottoposti a controllo. | 45 | | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Centro Gestionale Screening | | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|------------------------|----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| <i>Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)</i> | | | | | | | |
| 3 | Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma | 3.1 | N. di soggetti invitati / popolazione target | 6 | 56.042 / 56.042 100% | 100% | |
| 4 | Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012) | 4.1 | N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati | 2 | 10.393 / 50.266 21% | >=50% | |
| 5 | Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella | 5.1 | N. di soggetti invitati / popolazione target | 6 | 87.616 / 87.616 100% | 100% | |
| 6 | Adesione del programma di screening del tumore della mammella (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012) | 6.1 | N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati | 2 | 34.012 / 78.392 43% | >=60% | |
| 7 | Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto | 7.1 | N. di soggetti invitati / popolazione target | 6 | 167.331 / 167.331 100% | 100% | |
| 8 | Adesione del programma di screening del colon retto (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012) | 8.1 | N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati | 2 | 34.426 / 155.645 22% | >=50% | |
| 9 | Definizione tempi d'attesa per l'invio degli esiti negativi | 9.1 | N. esiti negativi inviati alla spedizione postale entro 1 settimana dalla registrazione dell'esito negativo / N. esiti negativi registrati | 5 | | | |
| 10 | Miglioramento dell'informazione agli utenti | 10.1 | N. di risposte fornite entro 48 ore sui social media alle richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici / N. richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici | 5 | | >=95% | |
| | | 10.2 | N. di risposte fornite entro 48 ore tramite front office Whatsapp alle richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici / N. richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici | 10 | | >=90% | |
| 11 | Miglioramento della soddisfazione dell'utente (Customer satisfaction) | 11.1 | N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici a cui si somministra questionario di soddisfazione tramite approccio telefonico / N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici | 5 | | >=0,5% | |
| 12 | Analisi modello precede-proceed screening mammografico e screening colon retto | 12.1 | Produzione di documenti di esito dell'analisi | 10 | | SI (allegare documento) | |
| 13 | Soddisfacciamento del debito informativo ministeriale | 13.1 | Compilazione survey nazionali GISMA, GISCoR, GISCI entro 15 giorni dopo la scadenza | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 14 | Validazione procedure U.O. Centro Gestionale Screening | 14.1 | Produzione documento relativo a validazione procedure U.O. Centro Gestionale Screening | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 15 | Rendicontazione attività sul programma degli screening oncologici (Accountability) | 15.1 | Realizzazione di incontri con Comitato consultivo aziendale e MMG | 5 | | >=1 | |
| 16 | Attivazione Farmacie per consegna SOF test su accordo regionale | 16.1 | N° farmacie attivate per consegna SOF test | 5 | | >=20 | |
| 17 | Aggiornamento della banca dati anagrafica | 17.1 | N. aggiornamenti annuali della banca dati anagrafica | 6 | | 1 | |
| 18 | Rendicontazione e Pianificazione attività relativa al programma degli screening oncologici | 18.1 | N. incontri annuali con le UU.OO.SS. aziendali degli screening oncologici | 5 | | >=2 allegare verbali | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Educazione alla salute | | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|-----------|----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Realizzazione di Progetti di promozione della salute | 3.1 | Attività relative ai progetti PSN/PRP su 'Prevenzione incidenti domestici' e ' Sorveglianza e monitoraggio dei flussi informativi relativi a traumi da incidenti domestici' | 60 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 3.2 | Attività inerenti il Progetto di PSN/PRP 'Promozione allattamento materno' in ambienti scolastici ed extrascolastici | 30 | | Si (allegare relazione) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sorveglianza Sanitaria | | | | | | | |
|--|--|---------|--|------------|---------------------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Sorveglianza sanitaria in ambito aziendale | 3.1 | N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del dl 81/2008 | 55 | 100% | 100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi | |
| 4 | Sorveglianza sanitaria in ambito nei confronti di soggetti esterni | 4.1 | N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale dipendente da aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2020 / N. richieste di visite mediche da parte di aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2020 | 35 | 1.574/1.574 100% | 100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sistema Informativo e Statistico | | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|-----------|----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 3.1 | Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i. | 45 | SI | SI (allegare report) | |
| | | 3.2 | Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento | 45 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|----------------|--|----------------|---|-------------|------------------|------------------|------------------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | 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. di progetti assegnati (PSN,QSN,Progetti Europei, ecc.) | 35 | | 100% | |
| 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. di report prodotti all'Assessorato / n. di report richiesti dall'Assessorato | 25 | | 100% | |
| 5 | Rilascio del parere di congruità alle strutture proponenti i progetti | 5.1 | n. di progetti approvati / n. di progetti presentati | 30 | | 100% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento di Prevenzione | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---------|---|------------|-----------|-----------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Monitoraggio Obiettivi contrattuali di salute e funzionamento 2019-2020: Obiettivo 11 (PAA) - Area 1 | 4.2 | Trasmissione report alla UOC Coordinamento Staff Strategico secondo le tempistiche richieste | 15 | SI | SI | |
| 5 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 5.1 | UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva | 10 | 95,8% | 100% | |
| | | 5.2 | UOC Igiene degli ambienti di vita | 10 | 100% | 100% | |
| | | 5.3 | UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale | 10 | 100% | 100% | |
| | | 5.4 | UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro | 10 | 80% | 100% | |
| | | 5.5 | UOC Impiantistica ed antinfortunistica | 10 | 100% | 100% | |
| | | 5.6 | UOC Laboratorio medico di sanità pubblica | 10 | 100% | 100% | |
| | | 5.7 | UOC Accreditamento | 10 | 100% | 100% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva | | | | | | | |
|---|--|---------|---|------------|--|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| <i>Coperture Vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive</i> | | | | | | | |
| 3 | PAA - AREA 1 - intervento 1.3.A Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017-) | 3.1 | N. soggetti vaccinati / popolazione target residente | 10 | Morbillo Parotite Rosolia 9.882/10.594=93,28% Meningococco:8.788 / 10.594=82,95 % Pneumococco: 9.770 / 10594 = 92,22% | esavalente, morbillo- parotite-rosolia, meningococco e pneumococco 92 - 95% a 24 mesi | |
| 4 | PAA - AREA 1 - intervento 1.3.B Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini) | 4.1 | Relazione sulle attività svolte | 10 | Si | Si | |
| 5 | PAA - AREA 1 - intervento 1.3.C Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale nell'anno 2019 (PRP 2014/2018) | 5.1 | N. vaccinazioni registrate nel 2022/ N. vaccinazioni effettuate nel 2022 (con riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale) | 10 | 545.362 / 545.362 100% | 100% | |
| 6 | PAA - AREA 1 - intervento 1.3.D Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018) | 6.1 | Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione | 10 | | Si (allegare relazioene) | |
| 7 | Implementazione del Sistema di Sorveglianza per le Malattie Infettive | 7.1 | N° di notifiche inserite nel Sistema PreMal / N. totale notifiche di malattie infettive pervenute. | 10 | 138 / 138 100% | ≥ 95 % | |
| 8 | Controllo epidemiologico delle malattie infettive | 8.1 | N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute | 10 | 718 / 718 100% | 100% | |
| <i>Altri obiettivi</i> | | | | | | | |
| 9 | Vaccinazioni internazionali | 9.1 | N. di soggetti sottoposti a vaccinazioni internazionali / N. di soggetti che ne fanno richiesta idonei alla vaccinazione | 10 | 532 / 532 100% | 100% | |
| 10 | Raccolta e codifica delle informazioni riportate nelle schede ISTAT di morte, elaborazione dei dati a livello locale e trasmissione al Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Regionale del Flusso ReNCaM | 10.1 | N. schede di morte codificate e registrate / N. schede di morte pervenute | 10 | 11.525 / 11.525 100% | 100% | |
| | | 10.2 | Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNCaM" (entro il 31 marzo 2022) | 10 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli ambienti di vita | | | | | | | |
|--|--|---------|---|--------------------|-------------------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | <i>Tutela Ambientale:</i> Riunioni "focalpoint" | 3.1 | N. Riunioni realizzate / N. di Riunioni programmate | 15 | 3 / 3 100% | 3 / 3 (allegare documentazione delle riunioni) | |
| 4 | Monitoraggio condizioni igieniche nelle carceri | 4.1 | N. Case Circondariali verificate / n° Case Circondariali | 15 | 4 / 4 100% | 100% | |
| 5 | Rilascio dei pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali | 5.1 | N. di pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali | 15 | 144 / 144 100% | 100% | |
| 6 | Rilascio dei pareri igienico - sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006 | 6.1 | N. di pareri igienico sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006 rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste pervenute per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006 | 15 | 12 / 12 100% | 100% | |
| 7 | Rilascio dei pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici | 7.1 | N. di pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici | 15 | 41 / 41 100% | 100% | |
| 8 | Rilascio dei pareri igienico - sanitari per la realizzazione di opere pubbliche | 8.1 | N. pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche | 15 | 127 / 127 100% | 100% | |
| | | | | totale peso | 100 | | |

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

| Dipartimento di Prevenzione: UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro | | | | | | | |
|--|--|---------|--|------------|--------------------|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| <i>Prevenzione nei Luoghi di Lavoro</i> | | | | | | | |
| <i>Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP</i> | | | | | | | |
| 3 | Cantieri edili: | 3.1 | N. cantieri edili controllati / N. di notifiche preliminari anno 2018 | 15 | 150 / 842 17,8% | >= 17% | |
| 4 | Aziende Agricole | 4.1 | N. di aziende agricole ispezionate / N. di aziende agricole ispezionabili | 15 | 133 / 130 >100% | 100% | |
| 5 | Attività di informazione e formazione | 5.1 | N. di iniziative di informazione e formazione realizzate / N di iniziative di informazione e formazione da realizzare | 15 | 3 / 3 100% | 100% (3/3) (allegare documento di programmazione e documentazione delle iniziative realizzate) | |
| <i>Altri obiettivi</i> | | | | | | | |
| 6 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate | 6.1 | N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF / N. segnalazioni pervenute nel 2018 | 15 | 86 / 86 100% | 100% | |
| 7 | Controlli nei cantieri bonifica amianto | 7.1 | N. di controlli / N. Piani di Lavoro presentati | 15 | 220 / 808 27,2% | >= 5% | |
| 8 | PAA - AREA 1 - intervento 1.4.D Sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale | 8.1 | N. di inchieste epidemiologiche effettuate in casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale / N. di denunce, referti, deleghe della AG di casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale pervenute allo SPreSaL | 15 | 12 / 12 100% | >=80% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento di Prevenzione: UOC Impiantistica ed antinfortunistica | | | | | | | |
|---|--|---------|---|------------|----------------------|-----------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Piano Attuativo Aziendale (PAA) 1.5 Prevenzione nei Luoghi di Lavoro: 1.5.C Attuazione delle procedure previste dal D.M. 11.04.11, di cui all'art. 71 del D.lgs. 81/08 e al D.A. n. 773/12. Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e impianti | 3.1 | Numero apparecchi verificati / Numero di richieste di verifica pervenute | 20 | 1.494 / 1.721 87% | ≥ 70% | |
| | | 3.2 | Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti | 10 | 1 | ≥ 1 | |
| 4 | Incremento delle verifiche di apparecchi a pressione effettuate | 4.1 | N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate / N. verifiche apparecchi a pressione richieste x 100 | 15 | 1.321 / 1.429 92% | ≥ 75% | |
| 5 | Incremento delle verifiche di impianti e macchine | 5.1 | N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste | 15 | 1.117 / 1.450 77% | ≥ 75% | |
| | | 5.2 | N. verifiche di impianti elettrici effettuate / N. verifiche impianti elettrici richieste (N.B. impianti elettrici = impianti di terra, di protezione dalle scariche atmosferiche e impianti elettrici nei luoghi con pericolo di esplosione) | 15 | | ≥ 75% | |
| | | 5.3 | N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste | 15 | 1.023 / 1.133 90% | ≥ 75% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento di Prevenzione: UOC Laboratorio medico di sanità pubblica | | | | | | | |
|--|--|---------|--|------------|-----------------------|----------------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| <i>Tutela Ambientale:</i> | | | | | | | |
| 3 | Acque di balneazione | 3.1 | N. di campioni acque di balneazione pervenuti / n. di campionamenti previsti da nuovo DDG per stagione balneare 2020 | 20 | 1.097 / 1.097 100% | ≥ 95% | |
| <i>Sicurezza Alimentare</i> | | | | | | | |
| 4 | PAA Intervento 1.2 Sicurezza Alimentare 1.2 A Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove richieste dai Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti e sulle Acque destinate al consumo umano (Criticità POCS) | 4.1 | Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici) | 15 | SI | SI (allegare provvedimento/i) | |
| 5 | Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018 Aggiornamenti Annualità 2018 - 2019 (D.D.G. n. 2435/2018) | 5.1 | N. campioni analizzati / N. campioni pervenuti | 20 | 179 / 179 100% | ≥ 95% | |
| 6 | Controlli microbiologici acque destinate al consumo umano DLgs 31/200 e ss.mm.ii. | 6.1 | N. campioni di acque analizzati / N. campioni consegnati al laboratorio come da programmazione annuale | 20 | 1.381 / 1.381 100% | ≥ 95% | |
| 7 | Piano prevenzione Legionella: analisi su acque destinate al consumo umano e campioni di aria confinata | 7.1 | N. test per legionella eseguiti / n° campioni pervenuti come da programmazione annuale | 15 | 316 / 316 100% | ≥ 95% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento di Prevenzione Veterinario | | | | | | | |
|--|---|----------------|---|-------------|------------------|------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1 | 4.1 | Monitoraggio indicatori Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1 (per la parte di competenza) e trasmissione report trimestrali alla UOC Coordinamento Staff Strategico | 5 | 20 | Si | |
| 5 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 5.1 | UOC Sanità animale Area A | 20 | 98,60% | 100% | |
| | | 5.2 | UOC Igiene e produzione di alimenti di origine animali e loro derivati Area B | 20 | 100% | 100% | |
| | | 5.3 | UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche Area C | 20 | 100% | 100% | |
| | | 5.4 | UOC Igiene urbana e lotta al randagismo | 20 | 100% | 100% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Sanità animale (Area A) | | | | | | | |
|---|--|---------|---|------------|---|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi) | 3.1 | N. aziende bovine e ovi caprine controllate/N. aziende bovine e ovicaprine controllabili | 10 | 7.218 / 7.241 99,7% | 95% | |
| 4 | Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina | 4.1 | Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi | 10 | 25,28 <28 =100% 28,78 <30 =75% | ≤ 28 gg obiettivo raggiunto al 100% ≤ 30 gg obiettivo raggiunto al 75% ≤ 32 gg obiettivo raggiunto al 50% > 32 gg obiettivo raggiunto 0% | |
| 5 | Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina | 5.1 | Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi | 10 | 50,09 < 63 = 100% | ≤ 63 gg obiettivo raggiunto 100% ≤ 68 gg obiettivo raggiunto 75% > 68 gg obiettivo raggiunto 0% | |
| 6 | Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006. | 6.1 | N. aziende bovine controllate anagraficamente/N. aziende bovine controllabili | 10 | 177 / 2.487 = 7,12% | ≥ 5% (allegare anche elenco aziende) | |
| | | 6.2 | N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. aziende ovi-caprine controllabili | 10 | 116 / 2.234 = 5,19% | ≥ 3% (allegare anche elenco aziende) | |
| 7 | Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015 | 7.1 | Percentuale di riduzione della prevalenza | 10 | Br 60,00% BROC 56,92% | ≥ 15% di riduzione | |
| 8 | Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc | 8.1 | N. eventi informativi realizzati nell'anno | 10 | 6/3 >1 | ≥ 1 | |
| 9 | Prevenzione delle zoonosi | 9.1 | Numero indagini epidemiologiche effettuate nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno | 10 | 161 / 161 100% | 100% | |
| 10 | Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN | 10.1 | N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate inserite nel SANAN / N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate | 10 | 11.046 / 11.046 100% | 95% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene produzione alimenti origine animale (Area B) | | | | | | | |
|---|--|---------|--|------------|--------------------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia) | 3.1 | Rendicontazione dell'attività svolta secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 95% di attività svolta rispetto a quella programmata | 20 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 4 | Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP) | 4.1 | Registrazione dei dati nel Sistema informativo regionale Demetra | 20 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 5 | Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari | 5.1 | Rispetto flusso informativo | 15 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Verifica del rispetto della normativa relativa ad alimenti di origine animale negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione | 6.1 | N. campioni alimentari di origine animale analizzati/N. campioni alimentari di origine animali programmati | 15 | 389 / 371 >100% | 100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare) | |
| 7 | Prevenzione e controllo delle zoonosi derivate dal consumo di alimenti | 7.1 | Numero controlli effettuati nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno | 10 | 27 / 27 100% | 100% | |
| 8 | Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc | 8.1 | N. eventi informativi realizzati nell'anno | 10 | 6 | >= 2 eventi (documentare) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------------|-------------------|---|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale | 3.1 | N. campioni di alimenti di origine animale analizzati / N. campioni di alimenti di origine animali programmati | 45 | 102 / 102 100% | 100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare) | |
| 4 | Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc | 4.1 | N. eventi informativi realizzati nell'anno | 45 | 6 | >= 2 eventi (documentare) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene urbana e lotta al randagismo

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------------|---------------|---------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione Procedura per la programmazione e lo svolgimento nei controlli sanitari nei rifugi sanitari e nei rifugi per il ricovero per cani e gatti, pubblici e privati (PR-003-DPV-001 del 16/12/2016) | 3.1 | N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti controllati / N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti autorizzati e attivi | 45 | 7 / 7 100% | 100% (allegare elenco) | |
| 4 | Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc | 4.1 | N. eventi informativi e/o formativi realizzati nell'anno | 45 | 52 | >= 15 (documentare) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento della Salute della Famiglia | | | | | | | |
|--|--|---------|--|------------|-------------------|-------------------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1); Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina | 4.1 | Raggiungimento dei sub-obiettivi indicati nella scheda SCR allegata | 15 | | 100% | |
| 5 | Promozione dell'allattamento | 5.1 | Realizzazione delle attività di competenza previste dal D.A.n. 1539 del 5 settembre 2018 "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Macroobiettivo 1 Azione promozione allattamento al seno. Adozione di Linee di indirizzo policy aziendale delle strutture pubbliche e private della Regione Sicilia" | 3 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Psicologia delle adozioni e Psicologia della genitorialità | 6.1 | Realizzazione di un percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Adesione al progetto "Percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali": N. coppie partecipanti al progetto / N. coppie invitate a partecipare | 5 | 40 / 40 100% | >=60% | |
| | | 6.3 | Revisione e aggiornamento delle procedure di intervento adottate dalla UOS genitorialità | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.4 | Numero colloqui effettuati su richiesta degli enti accreditati alla UOS genitorialità / Numero totale colloqui richiesti dagli enti accreditati | 5 | 63 / 67 94% | >=90% | |
| 7 | Fisiopatologia della riproduzione | 7.1 | N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio | 4 | 74 / 81 91,35% | >= 90% | |
| 8 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo) | 8.1 | Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 9 | Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4) | 9.1 | Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: 4.1) Punti nascita: Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist 4.2.1) Nei PN senza (TIN): 4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP) 4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO) 4.2.2) Nei PN (con TIN): 4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI 4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5% | 5 | SI | SI (allegare report e relazione) | |
| 10 | 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) | 10.1 | Soddisfamento 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) | 4 | | SI (allegare relazione) | |
| 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 | |
| 12 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 12.1 | UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia (UOS di Corleone) | 4 | 100% | 100% | |
| | | 12.2 | UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2 | 4 | 90,00% | 100% | |
| | | 12.3 | UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.F. Ingrassia - DO PA3 | 4 | 91,73% | 100% | |
| | | 12.4 | UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2 (compreso la UOSD Pediatria di Partinico e la UOS di Corleone) | 4 | 100,00% | 100% | |
| | | 12.5 | UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3 | 4 | 100,00% | 100% | |
| | | 12.6 | UOSD Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico | 4 | | 100% | |
| | | | | 100 | | | |

| Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia | | | | | | | |
|---|--|----------------|---|-------------|-----------------------|-------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Organizzazione di Corsi di accompagnamento alla nascita | 3.1 | N. di Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita attivati secondo linee di indirizzo | 10 | | >=3 | |
| 4 | Promozione di vaccinazioni in gravidanza | 4.1 | N. di gravide su cui si effettua attività di promozione delle vaccinazioni anti-influenzale e anti-pertosse anche attraverso la consegna di opuscolo /N. di gravide prese in carico | 15 | | >=50% | |
| 5 | Percorso nascita | 5.1 | N. ecografie di screening primo trimestre effettuate / N. ecografie di screening primo trimestre richieste dai Consulenti familiari | 15 | 830/ 1.155 71,86% | >=70% | |
| 6 | Area psicologica : rilevazione violenza di genere | 6.1 | N. primi colloqui psicologici con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. primi colloqui psicologici effettuati | 10 | 1.625/2.199 73,90% | >=70% | |
| | | 6.2 | N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata da parte dello psicologo con successivo approfondimento mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dello psicologo | 10 | 400/885 | >=60% | |
| 7 | Area sociale: rilevazione violenza di genere | 7.1 | N. colloqui sociali in accoglienza effettuati presso i CCFF con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. colloqui sociali in accoglienza effettuati | 10 | | >=70% | |
| | | 7.2 | N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata presso i CCFF da parte dell' assistente sociale con successivo approfondimento mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dell'assisten | 10 | | >=70% | |
| 8 | Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1);Screening oncologico relativo al tumore del colon retto e mammella | 8,1 | N.utenti informati 50-64 anni circa gli screening oncologici relativi alla mammella e colon retto / N. utenti 50-64 anni aderenti al programma di screening cervico-carcinoma con HPV-DNA test | 5 | | >=40% | |
| 9 | Flussi informativi(obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 9.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | Si (allegare report) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------------|-------------------------------|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Miglioramento della relazione medico-paziente | 3.1 | Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo | 20 | SI | SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario) | |
| 4 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 4.1 | N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 25 | 124 / 124 100% | | |
| 5 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo) | 5.1 | Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo | 10 | 116/386 30,05% fonte BI | <=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 6 | Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4) | 6.1 | Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP) | 10 | 0 | 0 | |
| 7 | Mantenimento dei livelli di attività | 7.1 | Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021 | 10 | | >=95% | |
| | | 7.2 | Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021 | 10 | | <=95% | |
| 8 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 8.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | | | | | | | |
|--|---|---------|--|------------|------------------------------|--|-----------|
| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Miglioramento della relazione medico-paziente | 3.1 | Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo | 25 | SI | SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario) | |
| 4 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 4.1 | N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 30 | 108 / 108 100% | | |
| 5 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo) | 5.1 | Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo | 10 | 87/361 24,10% fonte BI | <=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 6 | Mantenimento dei livelli di attività | 6.1 | Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021 | 10 | | >=95% | |
| | | 6.2 | Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021 | 10 | | <=105% | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Pediatria - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese | | | | | | | |
|--|---|----------------|--|-------------|------------------|--|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Miglioramento della relazione medico-paziente | 3.1 | Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo | 25 | SI | SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario) | |
| 4 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 4.1 | N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 25 | 63/63 100% | | |
| 5 | Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4) | 5.1 | Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO) | 5 | | < 8% | |
| 6 | Mantenimento dei livelli di attività | 6.1 | Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021 | 10 | | >=95% | |
| | | 6.2 | Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021 | 10 | | <=105% | |
| | | 6.3 | Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021 | 10 | | >=95% | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Neonatologia - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | | | | | | | |
|--|---|---------|---|------------|--------------------------|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Miglioramento della relazione medico-paziente | 3.1 | Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo | 35 | SI | SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario) | |
| 4 | Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4) | 4.1 | Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5% | 25 | 4/15 26,66% giustificato | < 5% | |
| 5 | Miglioramento dei livelli di attività | 5.1 | Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 -3 gg | 25 | | DM 2021 -3 gg | |
| 6 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 6.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento della Salute della Famiglia: UOSD Ginecologia e Ostetricia - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico | | | | | | | |
|---|--|---------|--|------------|-----------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Miglioramento della relazione medico-paziente | 3.1 | Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo | 20 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 4 | Attivazione procedura di assistenza al parto spontaneo dopo parto cesareo (V-BAC) | 4.1 | Definizione , adozione ed applicazione di un protocollo assistenziale che offra alle partorienti la possibilità di espletare il parto vaginale anche dopo essere state sottoposte ad un precedente parto cesareo | 15 | | SI | |
| 5 | Attivazione procedura di assistenza di IVG (interruzione volontaria di gravidanza) farmacologica (linnee di indirizzo Ministero Salute) | 5.1 | Definizione , adozione ed applicazione del protocollo assistenziale e terapeutico di interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico | 10 | | SI | |
| 6 | Stratificazione del rischio nella gravida a termine di gestazione | 6.1 | Adozione e compilazione all'atto della presa in carico della paziente gravida di una specifica "Check list di accettazione e valutazione del rischio per la paziente a termine " (da includere in cartella clinica) che consenta una eventuale individuazione preventiva del rischio ostetrico | 15 | | ≥50% | |
| 7 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo) | 7.1 | Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo x 100 | 30 | 23% | <=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza | | | | | | | |
|---|--|----------------|--|-------------|------------------|--|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Revisione Protocollo per la Contenzione in SPDC | 4.1 | Elaborazione della revisione del Protocollo per la Contenzione in SPDC | 10 | | Documento | |
| 5 | Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare, ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager). Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti con diagnosi 295/296 | 5.1 | Monitoraggio avvenuto Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali | 10 | | 100% | |
| 6 | Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP | 6.1 | Monitoraggio sulla redazione di N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) | 10 | | Produzione report al: 30 giugno 30 settembre 31dicembre | |

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

| Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo | | | | | | | |
|--|---|---------|---|------------|-----------|-------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento | 3.1 | N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico | 15 | | >=40% | |
| 4 | Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager). Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021 | 4.1 | N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022 | 20 | | 70% | |
| | | 4.2 | Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali | 20 | | 100% | |
| 5 | Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP | 5.1 | N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) | 20 | | >=80% | |
| 6 | Monitoraggio Contenzione in SPDC | 6.1 | N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno | 10 | | Report semestrale | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Sì | Sì | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------------|-----------|-------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento | 3.1 | N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico | 15 | | >=40% | |
| 4 | Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021 | 4.1 | N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022 | 20 | | 70% | |
| | | 4.2 | Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali | 20 | | 100% | |
| 5 | Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP | 5.1 | N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) | 20 | | >=80% | |
| 6 | Monitoraggio Contenzione in SPDC | 6.1 | N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno | 10 | | Report semestrale | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Sì | Sì | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------------|-----------|-------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento | 3.1 | N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico | 15 | | >=40% | |
| 4 | Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021 | 4.1 | N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022 | 20 | | 70% | |
| | | 4.2 | Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali | 20 | | 100% | |
| 5 | Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP | 5.1 | N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) | 20 | | >=80% | |
| 6 | Monitoraggio Contenzione in SPDC | 6.1 | N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno | 10 | | Report semestrale | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Sì | Sì | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 4 (UOC) Palermo | | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|-----------|-------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NP) del Dipartimento | 3.1 | N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NP) e segnalati al CSM per la presa in carico | 15 | | >=40% | |
| 4 | Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021 | 4.1 | N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022 | 20 | | 70% | |
| | | 4.2 | Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali | 20 | | 100% | |
| 5 | Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP | 5.1 | N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) | 20 | | >=80% | |
| 6 | Monitoraggio Contenzione in SPDC | 6.1 | N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno | 10 | | Report semestrale | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Sì | Sì | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 5 (UOC) Palermo | | | | | | | |
|--|---|---------|---|------------|-----------|-------------------|-----------|
| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento | 3.1 | N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico | 15 | | >=40% | |
| 4 | Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager). Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021 | 4.1 | N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022 | 20 | | 70% | |
| | | 4.2 | Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali | 20 | | 100% | |
| 5 | Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP | 5.1 | N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) | 20 | | >=80% | |
| 6 | Monitoraggio Contenzione in SPDC | 6.1 | N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno | 10 | | Report semestrale | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 6 (UOC) Termini Imerese - Bagheria | | | | | | | |
|---|--|---------|---|------------|-----------|-------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento | 3.1 | N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico | 15 | | >=40% | |
| 4 | Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021 | 4.1 | N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022 | 20 | | 70% | |
| | | 4.2 | Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali | 20 | | 100% | |
| 5 | Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP | 5.1 | N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) | 20 | | >=80% | |
| 6 | Monitoraggio Contenzione in SPDC | 6.1 | N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno | 10 | | Report semestrale | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Sì | Sì | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------------|-----------|-------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento | 3.1 | N °PTI integrati e condivisi/ N ° di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico | 15 | | >=40% | |
| 4 | Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021 | 4.1 | N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022 | 20 | | 70% | |
| | | 4.2 | Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali | 20 | | 100% | |
| 5 | Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP | 5.1 | N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) | 20 | | >=80% | |
| 6 | Monitoraggio Contenzione in SPDC | 6.1 | N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno | 10 | | Report semestrale | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Sì | Sì | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 8 (UOC) Corleone - Lercara Friddi | | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|-----------|-------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NP/IA) del Dipartimento | 3.1 | N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NP/IA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico | 15 | | >=40% | |
| 4 | Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021 | 4.1 | N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022 | 20 | | 70% | |
| | | 4.2 | Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali | 20 | | 100% | |
| 5 | Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP | 5.1 | N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) | 20 | | >=80% | |
| 6 | Monitoraggio Contenzione in SPDC | 6.1 | N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno | 10 | | Report semestrale | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Sì | Sì | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 9 (UOC) Partinico - Carini | | | | | | | |
|---|--|----------------|---|-------------|------------------|-------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento | 3.1 | N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico | 15 | | >=40% | |
| 4 | Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021 | 4.1 | N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022 | 20 | | 70% | |
| | | 4.2 | Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali | 20 | | 100% | |
| 5 | Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP | 5.1 | N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) | 20 | | >=80% | |
| 6 | Monitoraggio Contenzione in SPDC | 6.1 | N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno | 10 | | Report semestrale | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Sì | Sì | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|---|---------|---|------------|-----------|----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione procedura "Individuazione e presa in carico del minore portatore di handicap ai fini dell'inserimento scolastico" PR019DSM 001 del 20/1/2014 | 3.1 | Monitoraggio degli indicatori della procedura con raggiungimento dei valori attesi previsti | 20 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 4 | Applicazione percorso diagnostico-terapeutico "Gestione degli interventi in favore dei minori vittima di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie" PD003DIR00 del 21/12/2016 | 4.1 | Monitoraggio degli indicatori del percorso diagnostico-terapeutico con raggiungimento dei valori attesi previsti | 20 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 5 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 - intervento 3.2 (Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo) | 5.1 | Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Disturbi dello spettro autistico applicazione procedura diagnostico/valutativa | 6.1 | Numero di pazienti con disturbo dello spettro autistico valutati con una procedura multiprofessionale completa/ numero di pazienti con disturbi dello spettro autistico afferenti all'ambulatorio per la diagnosi precoce e la presa in carico del disturbo autistico | 5 | | 50% | |
| 7 | Disturbi specifici di apprendimento (DSA). Applicazione L. 170/2010 | 7.1 | N. soggetti con verifica di diagnosi di DSA / N. invii con specifica scheda di sospetto DSA dalle scuole | 10 | | >= 85% | |
| | | 7.2 | n. pazienti diagnosticati con DSA e valutati secondo consensus conferenze 2011 / N. pazienti diagnosticati con DSA | 10 | | 100% | |
| 8 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità") Presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree(SM, DP e NP) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo | 8.1 | N. di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono agli ambulatori NP) e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA / N. di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono agli ambulatori NP)A | 15 | | >=30% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|--------------------|--|---------|---|------------|-------------------------|-----------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Individuazione pazienti con comorbidità psichiatrica e con comorbidità infettiva presso i SerT | 3.1 | N. nuovi utenti scenati per HCV/ N. nuovi utenti presi in carico dai SERT | 10 | | 70% | |
| | | 3.2 | N. nuovi utenti inviati al trattamento per HCV/N. nuovi utenti positivi per HCV | 10 | | 90% | |
| 4 | Individuazione nuovi utenti con comorbidità psichiatrica | 4.1 | N. nuovi utenti con comorbidità psichiatrica presi in carico / N. nuovi utenti con comorbidità psichiatrica | 10 | | 70% | |
| 5 | Screening sui comportamenti a rischio di gioco d'azzardo patologico rivolto agli utenti tossicodipendenti ed alcolisti in carico presso i SERT | 5.1 | N. questionari Screening GAP somministrati / N. nuovi utenti tossicodipendenti e alcolisti presi in carico presso i SERT | 30 | 2.244 / 3.749 59,86% | ≥ 90% | |
| 6 | Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento | 6.1 | N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e CSM e segnalati al SERD per la presa in carico | 25 | | ≥30% | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Si | Si | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|-------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | |
| 4 | RISK management : implementazione integrazione sistemi informatci | 4.1 | Intergrazione informatica gestionale reparti / gestionale di laboratorio per trasmissione on line referto di laboratorio | 10 | Si (allegare documento) | |
| | | 4.2 | Intergrazione informatica provette progetto GET / LIS Laboratorio | 10 | Si (allegare documento) | |
| 5 | Miglioramento delle informazioni agli utenti sul funzionamento del Dipartimento | 5.1 | Revisione del Regolamento di funzionamento del Dipartimento e invio all'U.O.Comunicazione e Informazione per la pubblicazione sul sito aziendale. | 10 | Si (allegare documento) | |
| 6 | Controllo qualità acque per uso umano | 6.1 | Monitoraggio dei parametri accreditati per le acque potabili destinate al consumo umano | 5 | Si (allegare report) | |
| 7 | Miglioramento della qualità | 7.1 | Monitoraggio in remoto dei sistemi analitici di laboratorio / fermi tecnici | 5 | Si (allegare relazione) | |
| | | 7.2 | Monitoraggio e controllo di qualità interlaboratorio degli esami critici di laboratorio | 5 | Si (allegare relazione) | |
| 8 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 8.1 | % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11) | 10 | > 10% | |
| 9 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 9.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | |
| 10 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 10.1 | UOC Laboratorio d'analisi - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico | 5 | 100% | |
| | | 10.2 | UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese | 5 | 100% | |
| | | 10.3 | UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | 5 | 100% | |
| | | 10.4 | UOC Anatomia e Istologia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | 5 | 100% | |
| | | 10.5 | UOC Medicina Trasfusionale | 5 | 100% | |
| totale peso | | | | 100 | | |

| <p align="center">Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Laboratorio d'analisi - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico</p> | | | | | | |
|--|---|---------|---|------------|---|-----------|
| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | |
| 3 | Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti | 3.1 | Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale | 5 | Si (allegare documento) | |
| | | 3.2 | Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni | 5 | Si (allegare giorni e ore della settimana) | |
| 4 | Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio e miglioramento della comunicazione | 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 | >=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste) | |
| | | 4.2 | N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza | 15 | >=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste) | |
| | | 4.3 | N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dagli utenti esterni | 15 | >=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste) | |
| | | 4.4 | N° esami di Laboratorio con Valori critici comunicati alle UU.OO. del P.O / N. esami di Laboratorio rilevati | 10 | >=90% | |
| 5 | <i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualita' dei processi Laboratoristici regionali</i> | 5.1 | Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato | 10 | Si (allegare documento) | |
| 6 | Dipartimento Diagnostica di Laboratorio Gestione e monitoraggio della qualità | 6.1 | Monitoraggio analisi critiche attraverso il circuito interlaboratorio VEQ CRQ Sicilia | 5 | Si (allegare documento) | |
| | | 6.2 | Attività di monitoraggio delle conformità / Non conformità rilevate ed eventuali azioni correttive rispetto ai circuiti interlaboratori VEQ | 5 | Si (allegare relazione) | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Si | |
| totale peso | | | | 100 | | |

| Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese | | | | | | |
|---|---|---------|---|------------|---|-----------|
| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | |
| 3 | Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti | 3.1 | Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale | 5 | Si (allegare documento) | |
| | | 3.2 | Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni | 5 | Si (allegare giorni e ore della settimana) | |
| 4 | Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio e miglioramento della comunicazione | 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 | >=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste) | |
| | | 4.2 | N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza | 15 | >=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste) | |
| | | 4.3 | N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dagli utenti esterni | 15 | >=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste) | |
| | | 4.4 | N° esami di Laboratorio con Valori critici comunicati alle UU.OO. del P.O/ N. esami di Laboratorio rilevati | 10 | >=90% | |
| 5 | <i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i> | 5.1 | Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato | 10 | Si (allegare relazione) | |
| 6 | Dipartimento Diagnostica di Laboratorio Gestione e monitoraggio della qualità | 6.1 | Monitoraggio analisi critiche attraverso il circuito interlaboratorio VEQ CRQ Sicilia | 5 | Si (allegare documento) | |
| | | 6.2 | Attività di monitoraggio delle conformità / Non conformità rilevate ed eventuali azioni correttive rispetto ai circuiti interlaboratori VEQ | 5 | Si (allegare relazione) | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Si | |
| totale peso | | | | 100 | | |

| Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "C.F. Ingrassia" di Palermo | | | | | | |
|--|---|----------------|---|-------------|---|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | |
| 3 | Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti | 3.1 | Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale | 5 | Si (allegare documento) | |
| | | 3.2 | Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni | 5 | Si (allegare giorni e ore della settimana) | |
| 4 | Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio e miglioramento della comunicazione | 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 | >=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste) | |
| | | 4.2 | N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza | 15 | >=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste) | |
| | | 4.3 | N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dagli utenti esterni | 15 | >=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste) | |
| | | 4.4 | N° esami di Laboratorio con Valori critici comunicati alle UU.OO. del P.O/ N. esami di Laboratorio rilevati | 10 | >=90% | |
| 5 | <i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i> | 5.1 | Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato | 10 | Si (allegare relazione) | |
| 6 | Dipartimento Diagnostica di Laboratorio Gestione e monitoraggio della qualità | 6.1 | Monitoraggio analisi critiche attraverso il circuito interlaboratorio VEQ CRQ Sicilia | 5 | Si (allegare documento) | |
| | | 6.2 | Attività di monitoraggio delle conformità / Non conformità rilevate ed eventuali azioni correttive rispetto ai circuiti interlaboratori VEQ | 5 | Si (allegare relazione) | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Si | |
| totale peso | | | | 100 | | |

| Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Anatomia e Istologia patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | | | | | | |
|--|---|----------------|---|-------------|-------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | |
| 3 | 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% | |
| 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 | |
| <i>Screening oncologici: (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) Screening oncologico relativo al tumore del colon retto e del ca della cervice uterina</i> | | | | | | |
| 5 | <i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i> | 5.1 | Partecipazione ai circuiti interlaboratori regionali e Nazionali con particolare riguardo alle VQ per HPV | 20 | Si (allegare documento) | |
| 6 | Riduzione dei tempi di refertazione del PAP test | 6.1 | N. Casi di citologia cervico-vaginale refertati entro 20 gg dall'accettazione in Anatomia Patologica / N. di casi di citologia cervico-vaginale accettati | 15 | ≥80% | |
| 7 | Riduzione dei tempi di refertazione HPV-DNA test | 7.1 | N. HPV-DNA test refertati entro 12 giorni dall'accettazione in Anatomia patologica / N. HPV-DNA test accettati | 20 | ≥80% | |
| 8 | Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening relativo al tumore colon retto | 8.1 | Aggiornamento del PDTA dello screening del cervico carcinoma del colon retto | 15 | Si (allegare documento) | |
| totale peso | | | | 100 | | |

| Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Medicina Trasfusionale | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------------|----------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | |
| 3 | 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 (allegare documento) | |
| 4 | Revisione del Manuale Buon uso del sangue | 4.1 | Aggiornamento del Manuale del Buon uso del sangue e della modulistica di riferimento e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale con monitoraggio PBM (Patient Blood Medical) | 20 | Si (allegare documento) | |
| 5 | Valutazione del rischio trasfusionale: monitoraggio dati SISTRA | 5.1 | Rilevazione indicatore: N. richieste trasfusionali conformi per appropriatezza clinica / N. totale delle richieste trasfusionali | 20 | >=70 % | |
| 6 | Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato | 6.1 | Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato | 10 | Si (allegare documento) | |
| 7 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) | 7.1 | Realizzazione dell'intervento 2.6.B Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2021 N.B.: Il sub-obiettivo 2.6.B sarà conseguito: o al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della quantità di Plasma prevista per il sub obiettivo 2 pari a + 60 Kg di plasma rispetto all'anno 2018 o La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 60 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto Per scostamenti > del 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto. | 10 | Vedi NB | |
| 8 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 8.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | |
| | | | totale peso | 100 | | |

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

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

Screening oncologico relativo al tumore della mammella

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

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|--------------------|--|---------|---|------------|-----------|----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1): Screening oncologico relativo al tumore della mammella | 4.1 | Raggiungimento dei sub-obiettivi indicati nella scheda SCR allegata | 35 | | 100% | |
| 5 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale | 30 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 6.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| 7 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 7.1 | UOC Integrazione radiologia ospedaliera e territoriale | 5 | 100% | 100% | |
| | | 7.2 | UOC Radiologia - DO1 P.O. "Civico" di Partinico | 5 | 100% | 100% | |
| | | 7.3 | UOC Radiologia- DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | 5 | 100% | 100% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento di Diagnostica per Immagini: UOC Radiologia - DO1 P.O. "Civico" di Partinico | | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------------|------------------|---|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 20223- Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Elaborazione di referto strutturato | 3.1 | N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati | 35 | 8 / 10 80% | ≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni) | |
| 4 | Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC | 4.1 | N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti | 40 | 130 /134 97% | ≥ 80% | |
| 5 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) | 5.1 | Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 6.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|--|------------|---------------|---|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Elaborazione di referto strutturato | 3.1 | N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati | 35 | 8 / 10 80% | ≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni) | |
| 4 | Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC | 4.1 | N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti | 40 | 133 /133 100% | ≥ 80% | |
| 5 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) | 5.1 | Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 6.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|--|------------|-----------|--|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | | 100% | |
| 3 | Elaborazione di referto strutturato | 3.1 | N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati | 35 | | ≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente) | |
| 4 | Uso efficiente delle ore di ambulatorio (AIR art. 8 1f) | 4.1 | N. prestazioni pesate / N. di prestazioni effettivamente rese | 25 | | ≥ 2 | |
| 5 | Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva | 5.1 | N. ricette ricevute valutate in merito all'appropriatezza delle classi di priorità e al quesito diagnostico/N. Di ricette rievolute | 15 | | ≥ 50% | |
| 6 | PNRR – M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale | 6.1 | Rifunionalizzazione e riorganizzazione delle attività di Diagnostica per Immagini nei PP.TT.AA. e nei Poliambulatori | 15 | | SI/NO Relazione | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

Dipartimento Emergenza-Urgenza

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|--|------|-----------|----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Gestione del dolore in ospedale | 3.1 | Elaborazione/Revisione del Protocollo di gestione del dolore postoperatorio che definisca - modalità di valutazione del dolore - trattamento del dolore - modalità di rivalutazione e terapia di salvataggio | 5 | | Sì (allegare documento) | |
| 4 | Donazione organi e tessuti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 6) | 4.1 | Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. | 5 | 2 | 2 | |
| 5 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 5.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione della partoanalgesia h24 presso tutti i PP.OO., condivisa con il Dipartimento della Famiglia Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/9/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 5 | | >90% | |
| | | 5.3 | Implementazione della procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di terapia intensiva coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 5.4 | Implementazione della procedura condivisa tra le discipline di anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. | 5 | | Sì (allegare relazione) | |

Dipartimento Emergenza-Urgenza

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|---|---------|--|------------|-----------|-------------------------------|-----------|
| | | 5.5 | Attivazione 2 posti letto di terapia del dolore | 3 | | SI | |
| 6 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) | 6.1 | Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali N.B: Efficienza operativa $t = n.pazienti \text{ con permanenza } >24 \text{ ore al PS al tempo } t / n.pazienti \text{ con permanenza } < 24 \text{ ore al PS al tempo } t$ | 3 | | vedi indicazioni assessoriali | |
| | | 6.2 | Elaborazione del Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2022 in collaborazione con il team aziendale | 10 | | SI | |
| | | 6.3 | Monitoraggio attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2021 in collaborazione con il team aziendale | 10 | | SI | |
| 7 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOSDIP Pronto Soccorso PO Petralia | 7.1 | Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa $t = n.pazienti \text{ con permanenza } >24 \text{ ore al PS al tempo } t / n.pazienti \text{ con permanenza } < 24 \text{ ore al PS al tempo } t$ | 2 | K=0,44 | vedi indicazioni assessoriali | |
| | | 7.2 | Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2021 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto | 2 | SI | SI | |
| 8 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 8.1 | UOC Terapia Intensiva - DO1 P.O. "Civico" di Partinico | 5 | 94,85% | 100% | |
| | | 8.2 | UOC Servizio di Anestesia - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese | 5 | 96,14% | 100% | |
| | | 8.3 | UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | 5 | 94,85% | 100% | |
| | | 8.4 | UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico | 5 | | 100% | |
| | | 8.5 | UOC Pronto Soccorso - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese | 5 | | 100% | |
| | | 8.6 | UOC Astanteria - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | 5 | | 100% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Terapia Intensiva - DO1 P.O. "Civico" di Partinico | | | | | | | |
|---|---|----------------|---|-------------|------------------|--|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Miglioramento della relazione medico-paziente | 3.1 | Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo | 25 | SI | SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario) | |
| 4 | Gestione del dolore in ospedale | 4.1 | N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal 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) | |
| 5 | Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni | 5.1 | Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 | 5 | 26/66 39,39% | >=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 6 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) | 6.2 | Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Miglioramento dei livelli di attività | 7.1 | Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg | 15 | | DM 2021 - 2 gg | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|---|---------|---|------------|---------------------------|--|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Miglioramento della relazione medico-paziente | 3.1 | Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo | 25 | SI | SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario) | |
| 4 | Gestione del dolore in ospedale | 4.1 | N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico | 35 | 15/15 100% | >=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020) | |
| 5 | Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni | 5.1 | Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 | 5 | 92/134 68,66% fonte BI | >=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 6 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) | 6.2 | Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Miglioramento dei livelli di attività | 7.1 | Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg | 15 | | DM 2021 - 2 gg | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | | | | | | | |
|---|---|----------------|---|-------------|------------------------------|--|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Miglioramento della relazione medico-paziente | 3.1 | Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo | 25 | SI | SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario) | |
| 4 | Gestione del dolore in ospedale | 4.1 | N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico | 35 | 15/15 100% | >=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020) | |
| 5 | Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni | 5.1 | Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 | 5 | 54/104 51,92% fonte BI | >=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 6 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) | 6.2 | Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Mantenimento dei livelli di attività | 7.1 | Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021 | 5 | | >=95% | |
| | | 7.2 | Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021 | 5 | | <=105% | |
| | | 7.3 | Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021 | 5 | | >=95% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico | | | | | | | |
|---|--|---------|---|------------|-----------|----------------------------------|-----------|
| N. OBT V | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOC Pronto Soccorso PO Partinico | 3.1 | Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t | 15 | K=0,63 | vedi indicazioni assessoriali | |
| | | 3.2 | Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2022 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto | 20 | SI | SI | |
| 4 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOS Pronto Soccorso PO Corleone | 4.1 | Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t | 15 | K=0,14 | vedi indicazioni assessoriali | |
| | | 4.2 | Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2022 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto | 20 | SI | SI | |
| 5 | Miglioramento dell'attività assistenziale UOC Pronto Soccorso PO Partinico | 5.1 | Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7(il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica) | 2 | | >=95% | |
| | | 5.2 | Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR) | 2 | | 0% | |
| | | 5.3 | Dimissioni verso strutture ambulatoriali | 2 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 | |
| | | 5.4 | Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente | 2 | | <=7 | |
| | | 5.5 | Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2021 e implementazione entro il 30/9/2021 | 2 | | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Miglioramento dell'attività assistenziale UOS Pronto Soccorso PO Corleone | 6.1 | Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7(il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica) | 2 | | >=95% | |
| | | 6.2 | Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR) | 2 | | 0% | |
| | | 6.3 | Dimissioni verso strutture ambulatoriali | 2 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 | |
| | | 6.4 | Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente | 2 | | <=7 | |
| | | 6.5 | Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/9/2022 | 2 | | SI (allegare relazione) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Pronto Soccorso - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese | | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------------|------------------|----------------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) | 3.1 | Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t | 25 | K=0,38 | vedi indicazioni assessoriali | |
| | | 3.2 | Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso 2022 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto | 40 | SI | SI | |
| 4 | Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Pronto Soccorso | 4.1 | Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica) | 5 | 81,32% | >=95% | |
| | | 4.2 | Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR) | 5 | | 0% | |
| | | 4.3 | Dimissioni verso strutture ambulatoriali | 5 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 | |
| | | 4.4 | Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente | 5 | | <=7 | |
| | | 4.5 | Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/9/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Astanteria - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------------|------------------|----------------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) | 3.1 | Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa $t = n.pazienti \text{ con permanenza } >24 \text{ ore al PS al tempo } t / n.pazienti \text{ con permanenza } < 24 \text{ ore al PS al tempo } t$ | 25 | K=0,65 | vedi indicazioni assessoriali | |
| | | 3.2 | Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2022 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto | 40 | SI | SI | |
| 4 | Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOS Pronto Soccorso | 4.1 | Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica) | 5 | | >=95% | |
| | | 4.2 | Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR) | 5 | | 0% | |
| | | 4.3 | Dimissioni verso strutture ambulatoriali | 5 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 | |
| | | 4.4 | Obiettivo riduzione delle consulenze per paziente | 5 | | <=7 | |
| | | 4.5 | Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/9/2022 | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento Cure Primarie | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|----------------|---|-------------|------------------|-------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | | ≤ 1 | |
| 4 | - Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 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) | |
| 5 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 5.1 | UOC Cure primarie | 15 | | 100% | |
| | | 5.2 | UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 15 | | 100% | |
| | | 5.3 | UOC Medicina legale e fiscale | 15 | | 100% | |
| | | 5.4 | UOC Cronicità e percorsi assistenziali | 15 | | 100% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento Cure Primarie UOC Cure Primarie | | | | | | | |
|---|--|----------------|--|-------------|------------------|-------------------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 3.1 | <p>Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio degli indicatori previsti dagli obiettivi di salute e funzionamento 2019-2020:</p> <p>a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici</p> <p>b) N. Medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) con trasmissione all'UOC Coordinamento Staff strategico /Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta</p> <p><u>N.B.: la UOC stabilirà i valori attesi degli indicatori per i presidi ospedalieri e per i distretti sanitari e ne valuterà il raggiungimento</u></p> | 20 | SI | SI (allegare report) | |
| 4 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 4.1 | Supporto alla UOS Coordinamento Gestionale Screening per l'aggiornamento della Banca dati anagrafica (esito file MMG/assistiti ogni 2 mesi) | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 5 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 5.1 | Realizzazione delle attività finalizzate all'acquisizione/caricamento dei consensi informati da parte delle strutture aziendali e rendicontazione dell'indicatore: % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati | 25 | SI | SI (allegare relazione e report) | |
| | | 5.2 | Rendicontazione indicatore: % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11) | 10 | SI | SI (allegare report) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 6.1 | <p>Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA;</p> <p>Rendicontazione dell'indicatore "N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico"</p> | 20 | SI | SI (allegare report) | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento Cure Primarie UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------------|------------------|--|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | - Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019-GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 3.1 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 5 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 3.2 | Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione | 5 | SI | SI (allegare report) | |
| | | 3.3 | Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 3.4 | Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta | 10 | SI | SI (allegare report) | |
| | | 3.5 | Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta | 10 | SI | SI (allegare report) | |
| | | 3.6 | Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 3.7 | Relazione annuale complessiva sui risultati raggiunti, con specifica dell'attuazione degli interventi/azioni effettuati da ciascuna struttura aziendale rispetto a agli interventi/azioni previsti dal programma attuativo aziendale | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 4 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020 approvato con DA n.1103/2020 | 4.1 | Elaborazione del Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa secondo quanto previsto dal DA n.1103/2020 | 15 | | SI (allegare Piano) | |
| | | 4.2 | Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa | 15 | | SI (allegare relazione) | |
| 5 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 5.1 | Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Revisionare/aggiornare la procedura relativa all'azione PAC I1.7 | 6.1 | Trasmettere al Responsabile PAC la procedura revisionata/aggiornata | 5 | | SI | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 6.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento Cure Primarie UOC Medicina legale e fiscale | | | | | | | |
|---|--|----------------|---|-------------|------------------|------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Miglioramento tempi risposta | 3.1 | N. risposte a richieste di chiarimenti da parte di utenti privati o pubblici sugli adempimenti effettuati in collegio medico o commissione di invalidità entro 20 gioni / N. richieste di chiarimenti da parte di utenti privati o pubblici sugli adempimenti effettuati in collegio medico o commissione di invalidità | 45 | | >=90% | |
| 4 | Garanzia dei tempi di risposta nell'attività del Collegio medico | 4.1 | N. giudizi collegiali inoltrati all'Ente committente entro 20 gg dall'effettuazione della visita / N. totale richieste pervenute | 45 | 346/346 100% | >=90% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

**Dipartimento Cure Primarie
UOC Cronicità e percorsi assistenziali**

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|--------------------|---|---------|---|------------|-----------|----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Sviluppare interventi di prevenzione selettiva finalizzati ad identificare precocemente e a prendere in carico soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia cronica secondo le previsioni del Piano Nazionale Cronicità del PNP e del PRP 2020/205 recepito con delibera del Direttore Generale n°191 del 17/02/2022 | 3.1 | Miglioramento e potenziamento degli strumenti di screening per gli utenti con rischio aumentato per MCNT attraverso l'implementazione di procedure informatizzate ed integrate con il sistema PUA | 25 | | Si (allegare relazione) | |
| 4 | Razionalizzazione miglioramento dei processi di presa in carico territoriale della Cronicità e dei Percorsi integrati tra ospedale e territorio assicurando la continuità di cura. | 4.1 | N° istituti penitenziari coinvolti / N ° totale istituti penitenziari resenti sul territorio ASP | 15 | | 100% | |
| | | 4.2 | N° Distretti-PTA coinvolti nell'anno 2022 / N° Tot. Distretti - PTA Aziendali | 15 | | ≥ 20% | |
| 5 | Star up di una "Casa di Comunità" secondo gli standards previsti e costruzione del modello operativo da esporre in tutti i Distretti. | 5.1 | Start up e avvio di una "Casa di Comunità " secondo gli standards | 35 | | Si (allegare relazione) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|----------------|--|----------------|---|-------------|------------------|----------------------------|------------------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 10 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) - 3.3.A | 4.1 | Effettuazione di almeno una riunione semestrale con i Direttori dei Distretti Sanitari relativamente alle linee di indirizzo per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per il monitoraggio dell'applicazione | 15 | | >= 2 | |
| | | 4.2 | Relativamente agli esiti delle riunioni semestrali di cui all'indicatore 4.1, analisi delle criticità e coordinamento della azioni di miglioramento da implementare con i Direttori dei Distretti Sanitari | 20 | | SI (allegare relazione) | |
| 5 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 5.1 | UOC Assistenza riabilitativa territoriale | 15 | | 100% | |
| | | 5.2 | UOC UOC Integrazione socio-sanitaria | 15 | | 100% | |
| | | 5.4 | UOC Assistenza socio-sanitaria demenze - Centro di riferimento regionale per le demenze | 15 | | 100% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|---|---------|--|------------|---------------|----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Verifica dell'applicazione della direttiva aziendale "Assistenza protesica e integrativa: applicazione DPCM 12/01/2017 (Nuovi LEA)" - prot.n.11968/CARAD del 17/07/2018 | 3.1 | N. di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC per l'inoltro all'UOC Approvvigionamenti per le quali è stato effettuato il controllo preventivo sulla corretta applicazione della direttiva / N. di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC per l'inoltro all'UOC Approvvigionamenti. | 35 | 72/72 100% | 100% | |
| 4 | Effettuazione dei controlli di appropriatezza sulla gestione dei pazienti minori in carico per progetti riabilitativi ai centri di Riabilitazione ex art. 26 | 4.1 | N. centri riabilitativi ex art. 26 presso cui sono stati eseguiti controlli per la valutazione di appropriatezza e congruità nella gestione dei progetti riabilitativi dei pazienti minori in carico al centro / N. totale centri di riabilitazione ex art. 26 che hanno in carico pazienti minori | 40 | 9/15 60% | >=70% | |
| 5 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 5.1 | Monitoraggio applicazione della procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa ed attuazione eventuali misure di miglioramento | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 6.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

**Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria
UOC Integrazione socio-sanitaria**

| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2020 * | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|--------------------|--|---------|--|------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | 100% | |
| 3 | Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio | 3.1 | N. pazienti con presa in carico territoriale / N. pazienti segnalati per dimissione protetta dagli Uffici territoriali | 15 | 16.025/18.948 85% | >= 80% | >= 70% | |
| | | 3.2 | N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2022 / dato medio biennio 2018-2019 | 15 | 16.548/14.366 115% | >= 105% | >= 5% | |
| 4 | Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure residenziali e nel percorso di continuità assistenziale RSA – territorio- | 4.1 | N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani | 20 | 496/1.039 48% | >= 40% | >= 30% | |
| 5 | Sistema informativo integrato e cartella socio-sanitaria informatizzata per la realizzazione di servizi e prestazioni socio-sanitarie integrate | 5.1 | Integrazione dei software delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione: Definizione programmazione e realizzazione attività previste per il 2021 | 20 | | Si (allegare relazione) | Si (allegare relazione) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 6.1 | Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100% | 10 | SI | 100% | 100% | |
| | | 6.2 | Realizzazione dell'intervento 3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza: N. valutazioni multidimensionali domiciliari e ospedaliere / N. valutazioni multidimensionali totali | 5 | 16.025/18.948 84,6% | >=80% | >=50% | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Si | Si | Si | |
| totale peso | | | | 100 | | | | |

**Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria
UOC Assistenza socio-sanitaria demenze**

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|--|------------|-----------|---------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | | 100% | |
| 3 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 3.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 15 | | >80% | |
| | | 3.2 | 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) | |
| 4 | Presa in carico pazienti con deterioramento cognitivo e familiari nel percorso di assistenza | 4.1 | n. pazienti presi in carico con fascicolo personale / n. pazienti che si presentano per la prima visita | 30 | | 80% | |
| 5 | Eleggibilità e presa in carico dei pazienti, presenza di protocolli e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei setting CDCD e CDA | 5.1 | n. procedure / n. snodi del percorso tra CDCD e CDA | 30 | | SI (report e relazione) | |
| 6 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 6.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | | SI | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento Attività Ospedaliere | | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------------|------------------|----------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 4.1 | Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 5 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 5.1 | UOC Programmazione e monitoraggio attività Ospedaliere area metropolitana provinciale | 25 | | 100% | |
| | | 5.2 | UOC Organizzazione ospedaliera area metropolitana provinciale | 25 | | 100% | |
| | | 5.3 | UOC Ospedalità Pubblica e Privata | 25 | | 100% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento Attività Ospedaliere UOC Ospedalità Pubblica e Privata | | | | | | | |
|--|--|----------------|---|-------------|------------------|----------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit | 3.1 | Monitoraggio trimestrale degli indicatori di esito: Interventi di frattura di femore effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero; N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari; N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI; N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg. | 10 | Si | Si (allegare report) | |
| | | 3.2 | Coordinamento e realizzazione di audit, con gli attori coinvolti e la Direzione Medica di Presidio competente, sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, PTCA in pazienti con IMA STEMI, colecistectomia laparoscopica) | 15 | | Si (allegare relazione) | |
| 4 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA): Monitoraggio e Audit | 4.1 | Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri | 5 | Si | Si (allegare report) | |
| | | 4.2 | Coordinamento e realizzazione di audit, con gli attori coinvolti e la Direzione Medica di Presidio competente, sui risultati critici del monitoraggio ex post delle attività di ricoveri | 15 | | Si (allegare relazione) | |
| 5 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) | 5.1 | Trasmissione report interventi di competenza Case di Cura accreditate | 5 | Si | Si (allegare report) | |
| | | 5.2 | Intervento 2.4.A: Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) : N.cartelle cliniche sottoposte a controlli / N. cartelle campionate dall'Assessorato della salute e disponibili | 15 | 100% | 100% | |
| | | 5.2 | Intervento 2.5.A: Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE: Coordinamento dell'attività di audit per le strutture segnalate dall'Assessorato della salute e trasmissione dei risultati a quest'ultimo congiuntamente alla Direzione aziendale <i>N.B.: l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato</i> | 15 | Si | Si (allegare relazione) | |
| 6 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 6.1 | Monitoraggio indicatore programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. | 5 | | Si (allegare report) | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Si | Si | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

Dipartimento Risorse Umane

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------------|-----------|-----------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 4.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| 5 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 5.1 | UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane | 20 | 100% | 100% | |
| | | 5.2 | UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali | 20 | 100% | 100% | |
| | | 5.3 | UOC Affari generali e convenzioni | 20 | 100% | 100% | |
| | | 5.4 | UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI | 20 | 100% | 100% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------------|-----------|--|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione" | 3.1 | Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale | 10 | | 100% (allegare report e relazione) | |
| 4 | Revisione regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività e incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'ASP di Palermo | 4.1 | Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022 | 20 | | Sì | |
| 5 | Revisione regolamento affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali | 5.1 | Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022 | 20 | | Sì | |
| 6 | Regolamento incarichi funzionali per il personale del comparto (in condivisione con l'UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali) | 6.1 | Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022 | 20 | | Sì | |
| 7 | Regolamento per la disciplina dei casi di inidoneità psicofisica dei dipendenti | 7.1 | Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2021 | 20 | | Sì | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------|-------------------|-----------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Flusso Personale Dipendente: Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo le modalità indicate nel D.A. del 29 febbraio 2012 ex art.79 (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 3.1 | <i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste | 5 | 20 / 20 100% | 100% | |
| | | 3.2 | Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre | 5 | Sì | Sì | |
| | | 3.3 | N. campi inseriti / N. ampi alimentabili | 5 | 107 / 107 100% | 100% | |
| 4 | Flusso Personale Dipendente: Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 4.1 | Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre | 5 | Sì | Sì | |
| 5 | Flusso Personale Dipendente: Produzione del monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) nell'ambito degli adempimenti del Programma Operativo in coerenza con le risultanze del Flusso del Personale: sottoscrizione/certificazione (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 5.1 | Coerenza monitoraggio trimestrale con le risultanze del flusso: 0% delta non giustificato tra unità di personale rilevate nella Tabella D.1.2 e dal Flusso per ogni trimestre | 10 | Sì | Sì | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|--|------------|-----------|--|-----------|
| 6 | Contenimento della spesa per il personale (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a1 e 3a2) | 6.1 | Relazione relativa al Rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n. 190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/2009 | 20 | Si | Si (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Relazione relativa al Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del DI. 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato | 20 | Si | Si (allegare relazione) | |
| 7 | Regolamento incarichi funzionali per il personale del comparto (in condivisione con l'UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane) | 7.1 | Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022 | 10 | | Si | |
| 8 | Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione" | 8.1 | Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale | 10 | | 100% (allegare report e relazione) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|--|------------|---------------|-----------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto della tempistica delle attività di competenza | 3.1 | N. proposte di delibere per corsi O.S.S. predisposte entro 30 gg dall'acquisizione di tutta la documentazione/ N° proposte di delibere di convenzioni per corsi O.S.S. predisposte | 30 | 8 / 8 100% | 100% | |
| | | 3.2 | N. proposte di delibera di convenzionamento per tirocinio per scuole di specializzazione predisposte entro 30 gg. dalla richiesta / N. richieste di convenzionamento per tirocinio per scuole di specializzazione complete della documentazione prevista | 40 | | 100% | |
| 4 | Regolamento incarichi libero professionali | 4.1 | Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022 | 20 | | SI | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento Risorse Umane: UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI | | | | | | | |
|--|--|----------------|---|-------------|------------------|--|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Flusso Personale Convenzionato: Invio del Flusso istituito dal progetto art.79 secondo le modalità e la tempistica indicata nel D.A. dell'8 luglio 2013 (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 3.1 | <i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste | 15 | 20 / 20 100% | 20/20 = 100% | |
| | | 3.2 | Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre | 10 | Si | Si | |
| | | 3.3 | N. campi inseriti / N. ampi alimentabili con gli strumenti disponibili | 10 | 89 / 89 100% | 100% | |
| 5 | Flusso Personale Convenzionato: Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 5.1 | Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre. | 10 | Si | Si | |
| 6 | Regolamento voci stipendiali | 6.1 | Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2022 | 25 | | Si | |
| 7 | Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione" | 7.1 | Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale | 20 | | 100% (allegare report e relazione) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

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

| Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Bilancio e programmazione | | | | | | | |
|--|--|----------------|---|-------------|-----------------------|----------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2022 – 2024 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo) | 4.1 | Predisposizione del bilancio previsionale anno 2022 secondo le direttive dell'Assessorato Regionale della Salute | 10 | SI | SI (allegare report) | |
| | | 4.2 | Predisposizione del bilancio consuntivo 2021 entro la scadenza prevista dalla normativa regionale vigente | 10 | SI | SI (allegare report) | |
| 5 | Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 5.1 | Relazione sul Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Miglioramento delle procedure di registrazione delle fatture e dei mandati di pagamento del "Ciclo Passivo" | 6.1 | N. fatture emesse da Fornitori registrate e pagate nei tempi previsti dalla normativa / N. totale fatture liquidate dalle strutture ordinanti | 5 | 73.820/73.820 100% | ≥ 95% | |
| | | 6.2 | Produzione di report e relazione semestrale per la Direzione Amministrativa sulle fatture non pagate nei tempi previsti dalla normativa | 5 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Incremento incasso sui crediti | 7.1 | Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2021 | 5 | >15% | > = 10% | |
| 8 | Contabilità separata per prestazioni per ALPI in regime di convenzione | 8.1 | Elaborazione di report semestrale aggiornato contenente elenco delle fatture attive emesse per la gestione dell'ALPI in regime di convenzione e la data di trasmissione della stessa alle macrostrutture ai fini della relativa liquidazione. | 5 | SI | SI (allegare report) | |
| 9 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 9.1 | Dati trasmessi dalla UOC Legale = Dati presenti in Co.Ge. (Allineamento del Fondo Rischi alla CO.GE. - Azione PAC I4.4) | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 9.2 | Creazione conti dedicati alle manutenzioni straordinarie (Mappare e capitalizzare le manutenzioni straordinarie - Azione PAC D6.1 - D6.3) | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 9.3 | Numero Verifiche di cassa effettuate/ Numero Verifiche di cassa Calendarizzate (Calendarizzare le verifiche di cassa - Azione Pac G1.2 - G1.4) | 3 | | SI (allegare relazione) | |

| Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Bilancio e programmazione | | | | | | | |
|--|---|----------------|---|-------------|------------------|-------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 10 | Parificazione casse economali | 10.1 | Verifiche casse ticket ed economali nella misura di almeno il 50% nel corso dell'anno | 7 | SI | SI (allegare report) | |
| 11 | Allineamento in Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) dello Stock del debito commerciale residuo, scaduto e non pagato al 31/12 | 11.1 | Differenza tra Valore Debito Stock in PCC al 31/12/2021 estratto all'inizio anno 2022 e Valore Debito Stock in PCC a fine 2022 dopo allineamento / Valore Debito Stock in PCC al 31/12/2021 estratto all'inizio anno 2022 | 5 | | ≥ 50% | |
| 12 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 12.1 | 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) | |
| | | 12.2 | Predisposizione del modello SP entro la scadenza prevista dalle normative vigenti | 5 | SI | SI (allegare report) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Gestione del patrimonio | | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------------|------------------|-------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2022 – 2024 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 4.1 | Avvio attività di ricognizione straordinaria dei cespiti aziendali ai fini dell'implementazione del libro cespiti informatizzato (Ricognizione straordinaria dei cespiti anche con il tramite della nuova Software House propedeutica all'allineamento dei dati patrimoniali con quelli presenti in Co.Ge. -Azioni PAC D5.1 -D5.3) | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 4.2 | Numero strutture che hanno ricevuto la strumentazione funzionale alla corretta etichettatura dei beni/Numero strutture aziendali (Garantire la corretta etichettatura dei beni - Azione PAC D1.1) | 5 | | ≥ 80% | |
| | | 4.3 | Attività di ricognizione ed aggiornamento inventario beni aziendali c/o terzi per l'aggiornamento del libro cespiti (Aggiornamento dell'inventario dei beni aziendali c/o terzi - Azioni PAC D2.1 - D2.2- D2.3) | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| 5.1 | Regolarizzazione catastale degli immobili | 5.1 | Regolarizzazione catastale degli immobili di cui agli elenchi "A1" e "C1" | 70 | | Si (allegare relazione) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Progettazione e manutenzione | | | | | | | |
|---|--|----------------|---|-------------|------------------|--|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | | ≤ 1 | |
| 4 | Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3) | 4.1 | Riduzione del n.procedure negoziate ed incremento delle procedure aperte aziendali rispetto al 2021 | 10 | | Si (allegare report di confronto 2021-2022) | |
| | | 4.2 | Riduzione proroghe in essere al 31/12/2021 | 10 | | Si (allegare report di confronto 2021-2022) | |
| | | 4.3 | Riduzione delle procedure d'acquisto in urgenza che derivano da un difetto di programmazione rispetto al 2021 | 10 | | Si (allegare report di confronto 2021-2022) | |
| | | 4.4 | Relazione complessiva sull'obiettivo | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| 5 | Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3) | 5.1 | Allineamento lista fornitori attraverso uso specifico software che garantisca la rotazione degli operatori economici secondo criteri definiti dalla normativa: popolamento del database fornitori/professionisti e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo | 10 | | 100% | |
| | | 5.2 | gestione contratti su registro repertorio informatizzato:caricamento contratti a sistema | 10 | | >=90% | |
| | | 5.3 | Regolamento incentivi per funzioni tecniche: adozione e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo | 10 | | 100% | |

| Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Progettazione e manutenzione | | | | | | | |
|---|---|----------------|---|-------------|----------------------------|----------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 6 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 6.1 | Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. | 20 | Si (allegare relazione) | Si (allegare relazione) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Approvvigionamenti | | | | | | | |
|---|--|---------|--|------------|-----------|--|-----------|
| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021-2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | | ≤ 1 | |
| 4 | Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3) | 4.1 | Riduzione del n.procedure negoziate di acquisto beni-servizi ed incremento delle procedure aperte aziendali rispetto al 2021 | 10 | | SI (allegare report di confronto 2021-2022) | |
| | | 4.2 | Riduzione proroghe in essere al 31/12/2022 | 5 | | SI (allegare report di confronto 2021-2022) | |
| | | 4.3 | Riduzione delle procedure d'acquisto in urgenza rispetto al 2021 che derivano da un difetto di programmazione dovuto ad esigenze non programmabili e impreviste | 5 | | SI (allegare report di confronto 2021-2022) | |
| | | 4.4 | Gestione richieste di abilitazione fornitori attraverso uso di uno specifico software che garantisca la rotazione degli operatori economici secondo criteri definiti dalla normativa: popolamento del data base fornitori/professionisti e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo | 10 | | 100% | |
| | | 4.5 | Gestione contratti sul registro informatizzato: caricamento contratti sul software e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo | 10 | | 90% | |
| | | 4.6 | Nuova proposta di Regolamento incentivi per funzioni tecniche propedeutica al pieno utilizzo | 10 | | 100% | |
| | | 4.7 | Relazione complessiva sull'obiettivo | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| 5 | Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione" | 5.1 | Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale in riferimento al numero di ordini NSO di pertinenza della UOC emessi a fronte delle relative delibere/determine adottate | 5 | | 100% (allegare report e relazione) | |
| 6 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 6.1 | Trasmissione, alla Direzione aziendale, della Proposta di Deliberazione (o eventuale Delibera) per l'adozione del Piano degli Investimenti (Definizione del PIANO degli INVESTIMENTI biennale a scorrimento annuale - Azione PAC D4.1, D4.3, D4.5) | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Intervallo temporale tra la data dell'operazione di cassa e quella della relativa registrazione a sistema (Registrazione tempestiva delle operazioni di cassa sul software aziendale - Azione PAC G1.2, G1.4) | 5 | | media intervallo temporale < 5 gg per il 100% operazioni di cassa (allegare Report) | |
| | | 6.3 | Stesura di una nota contenente il programma di lavoro sulle attività relative all'inventario fisico dei Magazzini di Casermaggio, Igiene e Pulizia, Cancelleria e Stampanti e corrispondenza con quanto risulta caricato a sistema (Rendere omogenee le attività di inventariazione nei Magazzini di Casermaggio, Igiene e Pulizia, Cancelleria e Stampanti - Azione PAC E1.1, E1.3, E1.4, E1.8, E4.1) | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.4 | Sensibilizzare le strutture organizzative alla gestione delle richieste d'acquisto, anche "urgenti", solo a sistema (Gestione delle richieste d'acquisto urgenti ricevute secondo la procedura PAC Delibera n. 538 del 07/05/2021 - Azione PAC D1.1, D1.3) | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | | SI | |
| | | | | 100 | | | |

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Distretti

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

| Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC) | | | | | | | |
|--|---|---------|--|------|---|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK | 5 | 2/2 100% 1) 140/140 2) 140/140 3) 138/142 | ≥= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 5 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 5.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 5 | | ≥= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 5 | | >120 (allegare relazione) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 6.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 7 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 3 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 6.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Sì (allegare relazione) | |
| 7 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 7.1 | Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Sì (allegare relazione) | |
| 8 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 8.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 10 | | Sì (allegare relazione) | |

| Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC) | | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|-----------|----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 9 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 9.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 10 | | >=80% | |
| 10 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 10.1 | Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico | 5 | | >=90% | |
| | | 10.2 | Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 10.3 | Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100% | 5 | | 100% | |
| 11 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 11.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC) | | | | | | | |
|--|---|---------|--|------|--|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK | 5 | 2/2 100% 1) 232/232 2) 232/232 3) 232/240 | ≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 5 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 5.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 5 | 25/34 73,5% | ≥ valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | |
| | | 5.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 5 | 14.815/34=435 >100 | >120 (allegare relazione) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 6.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 7 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 3 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del | |
| | | 6.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 7.1 | Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 8 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 8.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 10 | 179 | SI (allegare relazione) | |

| Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC) | | | | | | | |
|--|---|---------|---|------------|--|----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 9 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 9.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 10 | D.M. 252/279 Sc.Car.0/0 BPCO 50/50 96,66% | >=80% | |
| 10 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 10.1 | Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico | 5 | 279/279 100% | >=90% | |
| | | 10.2 | Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 10.3 | Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100% | 5 | 100% | 100% | |
| 11 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 11.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC) | | | | | | | |
|--|---|---------|--|------|--|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | <1 | ≤ 1 | |
| 4 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK | 5 | 3/3 1) 31/32 2) 31/32 3) 31/32 97% | >= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 5 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 5.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 5 | 21/21 100% | >= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 5 | 7.184/21=342 | >120 (allegare relazione) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 6.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 7 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 3 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 6.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 7.1 | Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 8 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 8.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 10 | 86 | SI (allegare relazione) | |

| Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC) | | | | | | | |
|--|--|---------|--|------------|---|----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 9 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 9.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 10 | D.M. 140/148 Scomp.Card.6 0/69 BPCO 70/86 88% | >=80% | |
| 10 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 10.1 | Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico | 5 | D.M. 310/332 Scomp.Card.3 0/30 97% | >=90% | |
| | | 10.2 | Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 10.3 | Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100% | 5 | 100% | 100% | |
| 11 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 11.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Si | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|---|---------|--|------|---|--|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | <1 | ≤ 1 | |
| 4 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK | 5 | 4/4 1) 30/30 2) 30/30 3) 30/30 100% | ≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 5 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 5.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 5 | 27/37 73% | ≥ valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 5 | 18.216/27=6 75 | >120 (allegare relazione) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 6.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 7 | Si | Si (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 3 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 6.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Si (allegare relazione) | |
| 7 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 7.1 | Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Si (allegare relazione) | |
| 8 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 8.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 10 | 100% | Si (allegare relazione) | |

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|--------------------|--|---------|---|------------|--|----------------------------|-----------|
| 9 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 9.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 10 | D.M. 50/50 Scomp.Card. 34/34 BPCO 21/21 100% | >=80% | |
| 10 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 10.1 | Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico | 5 | 181 / 197 92% | >=90% | |
| | | 10.2 | Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 10.3 | Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100% | 5 | 100% | 100% | |
| 11 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 11.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | Si | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC) | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------|--|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK | 5 | 6/6 1)261/261 2) 251/260 3) 251/251 98,66% | >= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 5 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 5.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 5 | 28/30 90,3% | >= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | |
| | | 5.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 5 | 17.079/28=610 | >120 (allegare relazione) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 6.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 7 | SI | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 3 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 6.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Sì (allegare relazione) | |
| 7 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 7.1 | Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Sì (allegare relazione) | |
| 8 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 8.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 10 | 87 | Sì (allegare relazione) | |

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

| Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC) | | | | | | | |
|--|---|---------|--|------|--|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK | 5 | 6/7 85,71% 1)169/169 2)169/169 3)169/169 | >= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 5 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 5.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 5 | 29/29 100% | >= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale | |
| | | 5.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 5 | 7.453/29=257 | >120 (allegare relazione) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 6.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 7 | Si | Si (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 3 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del | |
| | | 6.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Si (allegare relazione) | |
| 7 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 7.1 | Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Si (allegare relazione) | |
| 8 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 8.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 10 | 141 | Si (allegare relazione) | |

| Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC) | | | | | | | |
|--|--|---------|--|------------|----------------------|----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 9 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 9.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 10 | 335/335 100% | >=80% | |
| 10 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 10.1 | Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA 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 | 1.192/1.208 98,7% | >=90% | |
| | | 10.2 | Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 10.3 | Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100% | 5 | 100% | 100% | |
| 11 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 11.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC) | | | | | | | |
|--|---|---------|--|------|---|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK | 5 | 4/4 1) 261/261 2) 258/261 3) 261/261 99,66% | >= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 5 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 5.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 5 | 41/41 100% | >= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 5 | 17.551/41 = 428 | > 120 (allegare relazione) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 6.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 7 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 3 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 6.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 7.1 | Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 8 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 8.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 10 | 119 | SI (allegare relazione) | |

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

| Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC) | | | | | | | |
|--|---|---------|--|------|---|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 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 | 4/4 1) 90/90 2) 90/90 3) 90/90 100% | >= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 5 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 5.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 5 | 30/31 96,7% | >= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 5 | 16.834/31 543 | >120 (allegare relazione) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | | | | | | |
| | | 6.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 10 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 6.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Sì (allegare relazione) | |
| 7 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 7.1 | Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | Stralciato | | |
| 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 | Sì (allegare relazione) | |

| Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC) | | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|-----------------------|----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 9 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 9.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 10 | 1.141/1.161 98,27% | >=80% | |
| 10 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 10.1 | Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico | 5 | 874/874 100% | >=90% | |
| | | 10.2 | Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 10.3 | Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100% | 5 | 100% | 100% | |
| 11 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 11.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC) | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------|---|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 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) | |
| 5 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 5.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 5 | 19/20 95% | >= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 5 | >100 | >120 (allegare relazione) | |
| 6 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 6.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 7 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 3 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 6.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 7.1 | Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | >3% | SI (allegare relazione) | |
| 8 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 8.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 10 | 259 | SI (allegare relazione) | |

| Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC) | | | | | | | |
|---|--|---------|---|------------|-------------------|----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 9 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 9.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 10 | 582 / 582 100% | >=80% | |
| 10 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 10.1 | Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA 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 | 250/250 100% | >=90% | |
| | | 10.2 | Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 10.3 | Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100% | 5 | 100% | 100% | |
| 11 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 11.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------|-------------------|---|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 4.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 5 | 48/49 98% | >= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 4.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 5 | >100 | >120 (allegare relazione) | |
| 5 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 4 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 2 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 5.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) | 6.1 | Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 4 | >3% | >= 1% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso) | |
| 7 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 7.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 5 | 633 | >=350 | |
| 8 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 8.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 5 | 1006/1006 100% | >=80% | |

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------------|----------------------|----------------------------|-----------|
| 9 | Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) | 9.1 | Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scopenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA 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 | 2.277/2.287 99,6% | >=90% | |
| | | 9.2 | Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 9.3 | Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100% | 5 | 100% | 100% | |
| 10 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 10.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| 11 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 11.1 | UOC PTA "Biondo" | 5 | 100% | 100% | |
| | | 11.2 | UOC PTA "Casa del Sole" | 5 | 100% | 100% | |
| | | 11.3 | UOC PTA "E. Albanese" | 5 | 100% | 100% | |
| | | 11.4 | UOC PTA "Guadagna" | 5 | 100% | 100% | |
| | | 11.5 | UOC PTA "Centro" | 5 | 100% | 100% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Biondo" | | | | | | | |
|---|---|----------------|--|-------------|---|--|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 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 | 3/3 100% 1) 458/458 2) 434/434 3) 459/479 | >= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 4 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 4.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 15 | 38/39 97,4% | >= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 4.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 10 | 40.799/38 =1.074 | >120 (allegare relazione) | |
| 5 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 15 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 5 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 5.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 15 | | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 15 | 213 / 213 100% | >=80% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Casa del Sole" | | | | | | | |
|--|---|----------------|--|-------------|---|---|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 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 | 2/2 100% 1) 31/31 2) 30/31 3) 30/31 | ≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 4 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 4.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 15 | 14/17 82% | ≥ valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 4.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 10 | 6.443/17=379 | >120 (allegare relazione) | |
| 5 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 15 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 5 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 5.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 15 | | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 15 | 38/38 100% | ≥80% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "E. Albanese" | | | | | | | |
|--|---|----------------|--|-------------|---|--|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 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 | 1/2 1) 101/101 2) 101/101 3) 101/101 100% | >= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 4 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 4.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 15 | 30/31 96,77% | >= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 4.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 10 | 1135 | >120 (allegare relazione) | |
| 5 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 15 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 5 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 5.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 15 | | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 15 | 73/89 82% | >=80% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Guadagna" | | | | | | | |
|---|---|----------------|--|-------------|---|--|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 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 | 2/2 100% 1) 223/223 2) 202/211 3) 205/209 | >= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 4 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 4.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 15 | 22/22 100% | >= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 4.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 10 | 15.309/22 =695 | >120 (allegare relazione) | |
| 5 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 15 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 5 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 5.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 15 | | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 15 | 1.030 / 1.030 100% | >=80% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Centro" | | | | | | | |
|---|---|----------------|--|-------------|------------------|---|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021– 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 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 \geq 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc \geq 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 | | \geq 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo) | |
| 4 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 4.1 | Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | 15 | | \geq valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione) | |
| | | 4.2 | N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) | 10 | | $>$ 120 (allegare relazione) | |
| 5 | Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 15 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post | 5 | | 100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA | |
| | | 5.3 | Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 15 | | Sì (allegare relazione) | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment") | 15 | | \geq 80% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| area 1 | | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------------|------------------|----------------------------|------------------|
| UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali | | | | | | | |
| N. OBT | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022/ Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Acquisizione di beni e servizi | 4.1 | Monitoraggio dell'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali e ai Distretti non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 150.000,00 | 35 | | Si (allegare relazione) | |
| 5 | Riorganizzazione competenze | 5.1 | Elaborazione documento organizzativo, approvato dalla Direzione Amministrativa, che individui le competenze delle UOC di Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1/ area 2/ area 3 | 25 | | Si (allegare documento) | |
| 6 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 6.1 | Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. | 10 | SI | Si (allegare relazione) | |
| 7 | Gestione personale Co.Co.Co. E libero professionale assunto con l'emergenza Covid 19 | 7.1 | Monitoraggio delle attività poste in essere per la gestione giuridica ed economica del personale con contratto Co.Co.Co. E libero professionale assunto durante l'emergenza. Attività sviluppate / attività da porre in essere. | 15 | | Si (allegare relazione) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| area 2 | | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------------|------------------|----------------------------|------------------|
| UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali | | | | | | | |
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022/ Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Acquisizione di beni e servizi | 4.1 | Monitoraggio dell'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali e ai Distretti non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 150.000,00 | 35 | | SI (allegare relazione) | |
| 5 | Riorganizzazione competenze | 5.1 | Elaborazione documento organizzativo, approvato dalla Direzione Amministrativa, che individui le competenze delle UOC di Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1/ area 2/ area 3 | 25 | | SI (allegare documento) | |
| 6 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 6.1 | Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Gestione personale Co.Co.Co. E libero professionale assunto con l'emergenza Covid 19 | 7.1 | Monitoraggio delle attività poste in essere per la gestione giuridica ed economica del personale con contratto Co.Co.Co. E libero professionale assunto durante l'emergenza. Attività sviluppate / attività da porre in essere. | 15 | | SI (allegare relazione) | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

area 3
UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|--|------------|-----------|----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022/ Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | Acquisizione di beni e servizi | 4.1 | Monitoraggio dell'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali e ai Distretti non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 150.000,00 | 35 | | Si (allegare relazione) | |
| 5 | Riorganizzazione competenze | 5.1 | Elaborazione documento organizzativo, approvato dalla Direzione Amministrativa, che individui le competenze delle UOC di Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1/ area 2/ area 3 | 25 | | Si (allegare documento) | |
| 6 | Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9) | 6.1 | Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. | 10 | SI | Si (allegare relazione) | |
| 7 | Gestione personale Co.Co.Co. E libero professionale assunto con l'emergenza Covid 19 | 7.1 | Monitoraggio delle attività poste in essere per la gestione giuridica ed economica del personale con contratto Co.Co.Co. E libero professionale assunto durante l'emergenza. Attività sviluppate / attività da porre in essere. | 15 | | Si (allegare relazione) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

| Valore atteso 80% | |
|-------------------------|--|
| Indicatore 1 | % di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità |
| Razionale e descrizione | <p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".</p> |
| Numeratore | Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica |
| Denominatore | Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) |
| Fonte dei dati | Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste |
| Stratificazione | Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche |
| Note | Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare. |

| Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|---|--|----------------|---|-------------|------------------|----------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B) | 4.1 | Soddisfazione dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti) <i>NB. Obiettivo subordinato alla organizzazione di corsi aziendali da parte della U.O. Formazione</i> | 10 | | Si (allegare relazione) | |
| 5 | -Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019-GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 10 | SI | Si (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 5.3 | Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri | 5 | SI | Si (allegare report) | |
| 6 | Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit | 6.1 | Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i> | 10 | | Si (allegare relazione) | |

| Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|---|---|----------------|--|-------------|------------------|---|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 7 | Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A) | 7.1 | Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute | 5 | SI | SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato) | |
| 8 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 8.1 | Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120) | 5 | SI | SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 9 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 9.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 5 | 319 | SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 10 | Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F) | 10.1 | N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive) | 5 | 3/1 >100% | >=70% | |
| 11 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 11.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 11.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 11.3 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| 12 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 12.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Medicina generale | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------|--------------------|------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 3.1 | N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA | 5 | 62/62 100% | >=90% | |
| | | 3.2 | N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 | 5 | 54/54 100% | >=90% | |
| 4 | Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata | 5 | 42/42 100% | >=90% | |
| 5 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 5.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 5 | 49/49 100% | 100% | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. di soggetti con DM 1 che impiegano la tecnologia dedicata per il loro controllo glicemico sottoposti a recall / n. di soggetti con DM 1 che impiegano la tecnologia dedicata per il controllo glicemico. | 5 | | >=60% | |
| | | 6.2 | n. di soggetti diabetici post Covid sottoposti ad almeno 2 valutazioni annuali / n. di soggetti diabetici che entrano nel PDTA post Covid | 5 | | >=60% | |
| 7 | Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna | 7.1 | Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg | 5 | 10,48 | DM 2021 - 0,5 gg | |
| | | 7.2 | UOS Lungodegenti POCorleone: Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2010 - 0,5 gg | 5 | 14,05 dato 2020 | DM 2021 - 0,5 gg | |

| Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Medicina generale | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------------|-------------------------------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 8 | Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna | 8.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e privata</i> | 5 | | >90% (allegare relazione) | |
| | | 8.4 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per la presa in carico dei pazienti nel post Covid e per il long Covid o Covid cronico. Le UUOCC di area medica coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/11/2022 | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.5 | Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.6 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Si | |
| 9 | Miglioramento organizzativo degenza | 9.1 | <i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | 4 | 95/742 12,80% (sab/dom) | >=25% | |
| | | 9.2 | <i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti | 4 | 1,48/2=0,74 | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 9.3 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 4 | | valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione) | |
| | | 9.4 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita | 4 | | 100 % | |
| | | 9.5 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 4 | 79/768 10,29% fonte ADT | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBT | OBIETTIVO | N. IND | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|--------|---|--------|---|------|---------------|----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 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 | 60/60 100% | >=90% | |
| | | 3.2 | N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 | 10 | 51/51 100% | >=90% | |
| 4 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 4.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | 72/72 100% | 100% | |
| 5 | Miglioramento dei livelli di attività | 5.1 | Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg | 10 | 9,70 | DM 2021 - 2 gg | |
| 6 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 6.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 10 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 10 | | Sì (allegare relazione) | |

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

| N. OBT | OBIETTIVO | N. IND | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|--------|-------------------------------------|--------|--|------------|-------------------------------|--|-----------|
| | | 6.3 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Si | |
| 7 | Miglioramento organizzativo degenza | 7.1 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 5 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 | |
| | | 7.2 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita | 5 | | 100 % | |
| | | 7.3 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 5 | 36/339 10,62% fonte ADT | >=50% | |
| | | | Totale peso | 100 | | | |

| Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione | | | | | | | |
|---|--|---------|---|------|-----------|------------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 5.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 5 | | 100% | |
| 4 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment") | 5 | | >=80% | |
| 5 | Mantenimento dei livelli di attività | 9.1 | Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021 | 10 | 4,45 | >=95% | |
| | | 9.2 | Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021 | 10 | 6,81 | <=105% | |
| | | 9.3 | Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021 | 5 | 4,12 | >=95% | |
| 6 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 6.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 5 | | >90% (allegare relazione) | |
| | | 6.4 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.5 | Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 6.6 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | SI | |

| Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------|---|------------|-----------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 7 | Miglioramento oragnizzativo degenza | 7.1 | <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 | | >=25% | |
| | | 7.2 | <p><i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i></p> <p>Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti</p> | 5 | | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 7.3 | <p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p> | 5 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione) | |
| | | 7.4 | <p><i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i></p> <p>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva</p> | 5 | | 100 % | |
| | | 7.5 | <p><i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i></p> <p>n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni</p> | 5 | | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

| Valore atteso 80% | |
|-------------------------|--|
| Indicatore 1 | % di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità |
| Razionale e descrizione | <p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".</p> |
| Numeratore | Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica |
| Denominatore | Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) |
| Fonte dei dati | Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste |
| Stratificazione | Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche |
| Note | Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare. |

| Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|---|--|----------------|--|-------------|------------------|----------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione “Trasparenza e Integrità” - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B) | 4.1 | Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 47 (Presenza di report periodici circa l'effettiva pratica della prenotazione diretta delle visite e degli esami post-ricovero) Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti) | 15 | | Si (allegare relazione) | |
| 5 | -Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 10 | SI | Si (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 5.3 | Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri | 5 | | Si (allegare report) | |

| Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|---|--|---------|--|------|------------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 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 | | Sì (allegare relazione) | |
| 7 | Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A) | 7.1 | Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute | 5 | | Sì (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato) | |
| 8 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 8.1 | Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120) | 5 | SI | Sì (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UO CCure primarie) | |
| 9 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 9.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 5 | 72 | Sì (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 10 | Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F) | 10.1 | N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive) | 5 | 1/1 = 100% | >=70% | |
| 11 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 11.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |

| Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|---|--|----------------|---|-------------|------------------|----------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| | | 11.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| 12 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 12.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | Si | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOS Medicina generale | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------|----------------|------------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 3.1 | N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA | 10 | 10/10 100% | >=90% | |
| | | 3.2 | N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 | 5 | 10/10 100% | >=90% | |
| 4 | Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV | 10 | 8/8 100% | >=90% | |
| | | 4.2 | N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata | 5 | 21/23 91,3% | >=90% | |
| 5 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 5.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 10 | 27/27 100% | 100% | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment") | 5 | 42/50 84% | >=80% | |
| 7 | Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna | 7.1 | Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 1 gg | 5 | 12,55 | DM 2021 - 1 gg | |
| 8 | Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina Generale | 8.1 | 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 | | >90% (allegare relazione) | |
| | | 8.2 | Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario | 5 | | Sì (allegare relazione) | |

| Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOS Medicina generale | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------|--|------|-------------------------------|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| | | 8.3 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | SI | |
| 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 | 5 | 98/571 17,16% (sab/dom) | >=5% | |
| | | 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 | 5 | 1,56/2=0,78 | 0,8 (allegare relazione) | |
| | | 9.3 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 5 | | valore 2022 >=10% del valore 2021 (allegare relazione) | |
| | | 9.4 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita | 5 | | 100 % | |
| | | 9.5 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 5 | 88/571 15,41% fonte ADT | >=10% | |
| | | | | | totale peso | 100 | |

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

| Valore atteso 80% | |
|-------------------------|--|
| Indicatore 1 | % di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità |
| Razionale e descrizione | <p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".</p> |
| Numeratore | Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica |
| Denominatore | Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) |
| Fonte dei dati | Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste |
| Stratificazione | Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche |
| Note | Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare. |

| Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOS Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|---|--|----------------|--|-------------|------------------|---|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione 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. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti) | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| 5 | -Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 5.3 | Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri | 5 | | SI (allegare report) | |
| 6 | Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit | 6.1 | Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (interventi di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i> | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 7 | Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A) | 7.1 | Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute | 5 | SI | SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato) | |

| Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOS Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|---|--|---------|---|------------|-----------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 8 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 8.1 | Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120) | 5 | SI | SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 9 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 9.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 5 | 251 | SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 10 | Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F) | 10.1 | N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbilli, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive) | 5 | 0/0 100% | >=70% | |
| 11 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 11.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 11.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 11.3 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| 12 | Miglioramento dell'attività assistenziale in ambito ostetrico e pediatrico | 12.1 | Attivazione di 2 posti letto di neonatologia a Termini Imerese (obiettivo condiviso col Dipartimento salute donna e bambino, UOC Provveditorato e UOC Gestione Giuridica del personale) | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| 13 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 13.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Medicina generale | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------|--------------------|----------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 3.1 | N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA | 10 | 82/89 92,13% | >=90% | |
| | | 3.2 | N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 | 5 | 78/85 91,76% | >=90% | |
| 4 | Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV | 10 | 34/34 100% | >=90% | |
| | | 4.2 | N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata | 5 | 54/54 100% | >=90% | |
| 5 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 5.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 10 | 120/120 100% | 100% | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment") | 5 | 237/237 100% | >=80% | |
| 7 | Miglioramento dei livelli di attività | 7.1 | UOC Medicina interna PO Termini Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 3 gg | 5 | 14,91 | DM 2021 - 3 gg | |
| | | 7.1 | UOS Lungodegenti PO Termini: Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 3 gg | 5 | 28,93 dato 2020 | DM 2021 - 3 gg | |

| Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Medicina generale | | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------------|-------------------------------|--|-----------|--|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 | |
| 8 | Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna | 8.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 4 | | Sì (allegare relazione) | | |
| | | 8.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 4 | | Sì (allegare relazione) | | |
| | | 8.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 4 | | >90% (allegare relazione) | | |
| | | 8.4 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 4 | | Sì (allegare relazione) | | |
| | | 8.5 | Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario | 2 | | Sì (allegare relazione) | | |
| | | 8.6 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 2 | | Sì | | |
| 9 | Miglioramento organizzativo degenza | 9.1 | <i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | 3 | 88/516 17,05% (sab/dom) | >=25% | | |
| | | 9.2 | <i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti | 3 | 1,41/2=0,7 05 | >= 1 (allegare relazione) | | |
| | | 9.3 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 3 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione) | | |
| | | 9.4 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita | 3 | | 100 % | | |
| | | 9.5 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 3 | 77/516 14,92% fonte ADT | >=50% | | |
| totale peso | | | | 100 | | | | |

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

| Valore atteso 80% | |
|-------------------------|--|
| Indicatore 1 | % di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità |
| Razionale e descrizione | <p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".</p> |
| Numeratore | Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica |
| Denominatore | Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) |
| Fonte dei dati | Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste |
| Stratificazione | Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche |
| Note | Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare. |

| Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|--|---|---------|--|------|-----------|----------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B) | 4.1 | Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 136.3 (Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche:- aggiornata in un periodo antecedente all'osservazione di non più di 36 mesi- contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni- contenente una sezione dedicata agli impegni, con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica- contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti) | 15 | | Si (allegare relazione) | |
| 5 | -Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 10 | SI | Si (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 5.3 | Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri | 5 | | Si (allegare report) | |

| Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|--|---|---------|---|------|-----------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 6 | Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit | 6.1 | Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i> | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| 7 | Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A) | 7.1 | Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute | 5 | SI | Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato) | |
| 8 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 8.1 | Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120) | 5 | SI | Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 9 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 9.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 5 | 262 | Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 10 | Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F) | 10.1 | N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive) | 5 | 0/0 100% | >=70% | |
| 11 | Miglioramento dei livelli di attività per la UOS Medicina fisica e riabilitazione | 11.1 | Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 15 gg | 5 | 10,35 | Si | |
| 12 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 12.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 12.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Si (allegare relazione) | |

| Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|--|--|---------|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 13 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 1531 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOC Medicina generale | | | | | | | |
|---|---|----------------|--|-------------|------------------|------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 3.1 | N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA | 10 | 149/149 100% | >=90% | |
| | | 3.2 | N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 | 5 | 149/149 100% | >=90% | |
| 4 | Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV | 10 | 8/8 100% | >=90% | |
| | | 4.2 | N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata | 5 | 26/26 100% | >=90% | |
| 5 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 5.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 10 | 126/126 100% | 100% | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment") | 5 | 139/139 100% | >=80% | |
| 7 | Mantenimento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna | 7.1 | Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021 | 2 | 1,07 | >=95% | |
| | | 7.2 | Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021 | 2 | 9,22 | <=105% | |
| | | 7.3 | Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021 | 2 | 280,06 | >=95% | |

| Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOC Medicina generale | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------------|--------------------------------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 8 | Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna | 8.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 4 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 4 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i> | 4 | | >90% (allegare relazione) | |
| | | 8.4 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 4 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.5 | Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario | 2 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.6 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 2 | | Si | |
| 9 | Miglioramento organizzativo degenza | 9.1 | <i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | 4 | 105/553 18,99% (sab/dom) | >=25% | |
| | | 9.2 | <i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> 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) | |
| | | 9.3 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 3 | | valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione) | |
| | | 9.4 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva | 4 | | 100 % | |
| | | 9.5 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 4 | 91/553 16,46% fonte ADT | >=50% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

Presidi Ospedalieri

| Valore atteso 80% | |
|-------------------------|--|
| Indicatore 1 | % di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità |
| Razionale e descrizione | <p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".</p> |
| Numeratore | Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica |
| Denominatore | Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) |
| Fonte dei dati | Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste |
| Stratificazione | Reperti, età, sesso, presenza di malattie croniche |
| Note | Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare. |

| Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|--|--|----------------|---|-------------|------------------|----------------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B) | 4.1 | 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) | |
| 5 | -Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 5.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 10 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 5.3 | Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri | 5 | | SI (allegare report) | |
| 6 | Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit | 6.1 | Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in doinne non precesarizzate, PTCA in pazienti con IMA STEM, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i> | 10 | | SI (allegare relazione) | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|--|---|----------------|---|-------------|------------------|---|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 7 | Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A) | 7.1 | Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute | 5 | | SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato) | |
| 8 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 8.1 | Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120) | 5 | SI | SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 9 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 9.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 5 | 239 | SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 10 | Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F) | 10.1 | N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive) | 5 | 0/0 100% | >=70% | |
| 11 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 11.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 11.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 11.3 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | SI (allegare relazione) | |
| 12 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 12.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Medicina generale | | | | | | | |
|--|---|---------|--|------|-----------------|------------------------------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 3.1 | N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA | 10 | 7/7 100% | >=90% | |
| | | 3.2 | N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 | 5 | 7/7 100% | >=90% | |
| 4 | Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 4.1 | N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV | 10 | 4/4 100% | >=90% | |
| | | 4.2 | N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata | 5 | 17/17 100% | >=90% | |
| 5 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 5.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 10 | 45/45 100% | 100% | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment") | 5 | 47/53 88,67% | >=80% | |
| 7 | Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna | 7.1 | Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 1 gg | 5 | 13,30 | DM 2021 -1 gg | |
| 8 | Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina Generale | 8.1 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 5 | | >90% (allegare relazione) | |
| | | 8.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 8.3 | Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 8.4 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Sì | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Medicina generale | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---------|---|------------|--------------------------------|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 9 | Miglioramento organizzativo degenza | 9.1 | <p><i>Modalità organizzativa che garantisce 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> | 4 | 114/562 20,28% (sab/dom) | >=20% | |
| | | 9.2 | <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> | 4 | 1,54/2=0,77 | 0,8 (allegare relazione) | |
| | | 9.3 | <p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p> | 4 | | valore 2022 >= 10% valore 2021 (allegare relazione) | |
| | | 9.4 | <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> | 4 | | 100 % | |
| | | 9.5 | <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> | 4 | 52/562 9,25% fonte ADT | >=30% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia - UTIC | | | | | | | |
|---|---|---------|---|------|------------------|---|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 3.1 | N. pazienti con FA e SCA (sindrome coronarica acuta) per i quali, sulla base del rischio emorragico, si forniscono indicazioni nella relazione di dimissione del tipo e dei tempi di terapia antiaggregante e anticoagulante / N. pazienti con FA e SCA dimessi | 10 | 170/187 90,9% | >=90% | |
| 4 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 4.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | 54/54 100% | 100% | |
| 5 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI | 5.1 | PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati | 10 | 62/70 88,57% | >=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 6 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 6.1 | N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (scompenso cardiaco) (vedi "allegato empowerment") | 10 | 96/96 100% | >=80% | |
| 7 | Miglioramento dei livelli di attività | 7.1 | Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg | 10 | 9,10 | DM 2021 - 2 gg | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia - UTIC | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------------|--------------------------------|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 8 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 8.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOOC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 4 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOOC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 4 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 4 | | >90% (allegare relazione) | |
| | | 8.4 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOOC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 4 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.5 | Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario | 2 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 8.6 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 2 | | Si | |
| 9 | Miglioramento 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 | 3 | 203/953 21,30% (sab/dom) | >=25% | |
| | | 9.2 | <i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dai bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti | 3 | 2,46/2=1,23 | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 9.3 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 3 | | valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione) | |
| | | 9.4 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita | 3 | | 100 % | |
| | | 9.5 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 3 | 213/953 22,35% fonte ADT | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria | | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------------|---------------------|------------------|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 3.1 | N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA | 15 | 50/50 100% | >=90% | |
| | | 3.2 | N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 | 10 | 27/27 100% | >=90% | |
| 4 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 4.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | 107/113 94,6% | 100% | |
| 5 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 5.1 | N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment") | 5 | 135/163 82,82% | >=80% | |
| 6 | Mantenimento dei livelli di attività | 6.1 | Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021 | 5 | 1,15 dato 2020 | >=95% | |
| | | 6.2 | Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021 | 5 | 11,02 dato 2020 | <=105% | |
| | | 6.3 | Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021 | 5 | 81,29% dato 2020 | >=95% | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria | | | | | | | |
|--|---|----------------|--|-------------|-------------------------------|---|------------------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 7 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 7.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 3 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 7.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 3 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 7.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 3 | | >90% (allegare relazione) | |
| | | 7.4 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 2 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 7.5 | Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario | 2 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 7.6 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 2 | | Si | |
| 8 | Miglioramento organizzativo degenza | 8.1 | <i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | 3 | 76/460 16,52% (sab/dom) | >=25% | |
| | | 8.2 | <i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti | 3 | 1,24/2=0,62 | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 8.3 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 3 | | valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione) | |
| | | 8.4 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita | 3 | | 100 % | |
| | | 8.5 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 3 | 50/460 10,87% fonte ADT | >=50% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Lungodegenti | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------|---------------------|-----------|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | | 100% | |
| 3 | Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A) | 3.1 | N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA | 15 | | >=90% | |
| | | 3.2 | N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 | 10 | | >=90% | |
| 4 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 4.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | | 100% | |
| 5 | Miglioramento dell'empowerment del paziente | 5.1 | N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment") | 5 | | >=80% | |
| 6 | Mantenimento dei livelli di attività | 6.1 | Peso Medio (PM): PM 2022 / PM 2021 | 5 | 1,13 dato 2020 | >=95% | |
| | | 6.2 | Degenza Media (DM): DM 2022 / DM 2021 | 5 | 16,24 dato 2020 | <=105% | |
| | | 6.3 | Tasso Occupazione (TO): DM 2022 / DM 2021 | 5 | 98,93% dato 2020 | >=95% | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Lungodegenti | | | | | | | |
|---|---|---------|--|------------|-----------|--|-----------|
| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 7 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 7.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 3 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 7.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 3 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 7.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 3 | | >90% (allegare relazione) | |
| | | 7.4 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 2 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 7.5 | Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario | 2 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 7.6 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 2 | | Si | |
| 8 | Miglioramento organizzativo degenza | 8.1 | <i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | 3 | | >=25% | |
| | | 8.2 | <i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti | 3 | | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 8.3 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 3 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione) | |
| | | 8.4 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita | 3 | | 100 % | |
| | | 8.5 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 3 | | >=50% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|---|---------|--|------------|-----------|-----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Estensione screening tumore del colon retto | 3.1 | N. di soggetti invitati / popolazione target | 30 | | 100% | |
| 4 | Adesione screening tumore del colon retto | 4.1 | N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati | 5 | | >=50% | |
| 5 | Soddisfacimento del debito informativo ministeriale | 5.1 | Compilazione survey entro 15 giorni dalla scadenza | 10 | | SI (allegare relazione) | |
| 6 | Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per lo screening del tumore del colon retto | 6.1 | Aggiornamento del PDTA | 10 | | SI (allegare documento) | |
| 7 | Aumento tasso di individuazione di adenomi durante colonscopia nell'ambito del programma di screening del tumore del colon retto (adenoma detection rate) | 7.1 | N°colonscopie con almeno un polipo /N° totale colonscopie eseguite dopo SOF test positivo | 5 | | >20% | |
| 8 | Completezza della colonscopia | 8.1 | N. di colonscopie con raggiungimento del cieco/ N. di colonscopie eseguite | 10 | | >=90% | |
| 9 | Tasso di adesione alla colonscopia | 9.1 | N. utenti che hanno aderito alla colonscopia / N. utenti con SOF test positivo (N°colonscopie/SOF+) | 5 | | >= 85% | |
| 10 | Tempestività della colonscopia | 10.1 | N. utenti con SOF test positivo che eseguono colonscopia entro 60 giorni dall'evidenza del test positivo / N. utenti con SOF test positivo | 5 | | >= 50% | |
| 11 | Miglioramento della soddisfazione dell'utente | 11.1 | N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati | 5 | | >= 95% | |
| 12 | Adeguatezza della colonscopia | 12.1 | N. di colonscopie con pulizia adeguata/ N. di colonscopie eseguite | 5 | | >=90% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOS Direzione Sanitaria di Presidio | | | | | | | |
|--|---|---------|--|------|-----------|---|-----------|
| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | ≤ 1 | ≤ 1 | |
| 4 | -Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266) | 4.1 | Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna | 15 | SI | SI (allegare relazione) | |
| | | 4.2 | Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale | 20 | | SI (allegare relazione) | |
| | | 4.3 | Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri | 15 | | SI (allegare report) | |
| 5 | Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7) | 5.1 | Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120) | 15 | SI | SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 6 | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) | 6.1 | N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie | 15 | 262 | SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie) | |
| 7 | Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b) | 7.1 | Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi | 5 | SI | SI | |

| 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. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| | | | | totale peso | 100 | | |

| Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Unità spinale | | | | | | | |
|--|--|---------|--|------------|-------------------|---------------------------|-----------|
| UOC | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti del Centro "Villa delle Ginestre" | 3.1 | N. cartelle cliniche con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. cartelle cliniche dei pazienti degenti | 30 | 108/113 91,15% | 100% (allegare report) | |
| 4 | Monitoraggio procedura aziendale "Prevenzione e Gestione delle cadute della persona assistita" | 4.1 | N. cartelle cliniche dei pazienti ricoverati in cui viene compilata la scheda valutazione dei fattori di rischio di caduta e la scheda dei provvedimenti adottati per ridurre il rischio di caduta / N. pazienti ricoverati | 30 | | 100% | |
| 5 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 5.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 20 | 30/30 100% | 100% | |
| 6 | Miglioramento dei livelli di attività | 6.1 | N. pazienti a controllo post dimissione in reparto, dopo 30 gg. / N. totale pazienti dimessi della città di Palermo | 10 | | 90% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

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

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------------|-----------|-----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Valutazione per ricovero in reparto di Unità Spinale | | N. pazienti con proposta di ricovero formulata in Ambulatorio che si ricoverano in Unità Spinale / 20 dei pazienti con proposta di ricovero per Unità Spinale | 45 | | 80% | |
| 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 | 45 | | >=100% (allegare report) | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

Dipartimento Chirurgia

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------|-----------|-----------------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020 – 2022 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | | 100% | |
| 3 | Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a) | 3.1 | Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022/ Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico | 5 | | ≤ 1 | |
| 4 | miglioramento attività assistenziale | 4.1 | Elaborazione di procedura condivisa tra anestesia e chirurgia finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24 h dalla richiesta. | 10 | | Sì (allegare relazione) | |
| 5 | miglioramento attività assistenziale | 5.1 | attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 10 | | Sì (allegare relazione) | |
| 6 | miglioramento organizzativo degenza | 6.1 | dimissione dai reparti di degenza entro le ore 12 | 10 | | ≤ 50% | |
| 7 | miglioramento organizzativo degenza | 7.1 | implementazione /aumento delle dimissioni protette e facilitate | 10 | | Valore 2022 ≥ 1,2 x Valore2021 | |

Dip. Chirurgia

| | | | | | | | |
|---|--|-----|--|------------|--|------|--|
| 8 | Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento: | 8.1 | Chirurgia Generale - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone (UOSDIP) | 5 | | 100% | |
| | | 8.2 | Chirurgia Generale - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana (UOSDIP) | 5 | | 100% | |
| | | 8.3 | Urologia - P.O. "Civico" di Partinico (UOSDIP) | 5 | | 100% | |
| | | 8.4 | Chirurgia Generale - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo (UOC) | 5 | | 100% | |
| | | 8.5 | Chirurgia Generale - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC) | 5 | | 100% | |
| | | 8.6 | Chirurgia Generale - P.O. "Civico" di Partinico (UOC) | 5 | | 100% | |
| | | 8.7 | Otorinolaringoiatria - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC) | 5 | | 100% | |
| | | 8.8 | Ortopedia e traumatologia - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC) | 5 | | 100% | |
| | | 8.9 | Ortopedia e traumatologia - P.O. "Civico" di Partinico (UOC) | 5 | | 100% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

**Dipartimento Chirurgia - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
UOSD Chirurgia generale**

| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------|---------------|---|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 3.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | 54/54 100% | 100% | |
| 4 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. | 4.1 | Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. | 10 | 21/23 100% | >=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 5 | Miglioramento dei livelli di attività | 5.1 | Degenza Media (DM) DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg | 15 | 6,41 | DM 2021 - 0,5 gg | |
| 6 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 6.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i> | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.4 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.5 | Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019. | 5 | | Sì | |

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----|--|------------|-------------------------------|---|--|
| 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 | 74/314 23,57% (sab/dom) | >=25% | |
| | | 7.2 | <i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti | 5 | 0,42/1=0,42 | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 7.3 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 5 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione) | |
| | | 7.4 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva | 5 | | 100 % | |
| | | 7.5 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 5 | 47/314 14,97% fonte ADT | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

**Dipartimento Chirurgia - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana
UOSD Chirurgia generale**

| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|--|------|-----------|---|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 3.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 20 | | 100% | |
| 4 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. | 4.1 | Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. | 20 | | >=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 5 | Miglioramento dei livelli di attività | 5.1 | Degenza Media (DM) DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg | 15 | | DM 2021 - 0,5 gg | |
| 6 | Miglioramento organizzativo | 6.1 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019. | 10 | | Sì | |
| 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% | |
| | | 7.2 | <i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti | 5 | | >= 1 (allegare relazione) | |

| | | | | | | | |
|--|--|-----|--|------------|--|-------|--|
| | | 7.3 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita | 5 | | 100 % | |
| | | 7.4 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 5 | | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

**Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico
UOSD Urologia**

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|--------------------|--|---------|--|------------|-----------|---|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 3.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | | 100% | |
| 5 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 5.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 100% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2021 e implementazione entro il 30/09/2021 | 15 | | Si (allegare relazione) | |
| | | 5.2 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche ***day service*** sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 15 | | Si (allegare relazione) | |
| 6 | Miglioramento organizzativo degenza | 6.1 | <i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | 12 | | >=20% | |
| | | 6.2 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 12 | | valore 2022 >= 1% del valore 2021 (allegare relazione) | |
| | | 6.3 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva | 11 | | 100 % | |
| | | 6.4 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 10 | | >=30% | |
| totale peso | | | | 100 | | | |

Dipartimento Chirurgia
UOC Chirurgia generale - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo

| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------|-------------------------------|---|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 3.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | 81/81 100% | 100% | |
| 4 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. | 4.1 | Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. | 10 | 35/49 71,43% | >=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 5 | Miglioramento dei livelli di attività | 5.1 | Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg | 15 | 8,60 | DM 2021 - 2 gg | |
| 6 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 6.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.4 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.5 | Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019. | 5 | | Sì | |
| | | 7.1 | <i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | 5 | 59/420 14,05% (sab/dom) | >=25% | |

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----|---|------------|--------------------------------|--|--|
| 7 | Miglioramento organizzativo degenza | 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 | 0,68/1=0,68 | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 7.3 | <p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p> | 5 | | valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione) | |
| | | 7.4 | <p><i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i></p> <p>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita</p> | 5 | | 100 % | |
| | | 7.5 | <p><i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i></p> <p>n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni</p> | 5 | 182/420 43,33% fonte ADT | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

Dipartimento Chirurgia
UOC Chirurgia generale - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese

| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PES O | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|-------|-----------------|---|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 3.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | 45/45 100% | 100% | |
| 4 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. | 4.1 | Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. | 10 | 10/11 90,91% | >=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 5 | Miglioramento dei livelli di attività | 5.1 | Degenza Media (DM) UOC Chirurgia generale PO Termini: DM 2022 = DM 2021 - 2 gg | 15 | 9,26 | DM 2021 - 2 gg | |
| 6 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 6.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.4 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.5 | Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019. | 5 | | Sì | |

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----|---|------------|--------------------------------|---|--|
| 7 | Miglioramento organizzativo degenza | 7.1 | <p><i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i></p> <p>Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni</p> | 5 | 21/236 8,90% (sab/dom) | >=25% | |
| | | 7.2 | <p><i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i></p> <p>Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti</p> | 5 | 0,21/1=0,21 | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 7.3 | <p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p> | 5 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione) | |
| | | 7.4 | <p><i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i></p> <p>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva</p> | 5 | | 100 % | |
| | | 7.5 | <p><i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i></p> <p>n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni</p> | 5 | 112/236 47,46% fonte ADT | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

**Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico
UOC Chirurgia generale**

| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------|-----------------|---|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 3.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | 300/252>100% | 100% | |
| 4 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. | 4.1 | Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. | 15 | 48/56 85,71% | >=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 5 | Miglioramento dei livelli di attività | 5.1 | Degenza Media (DM) DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg | 10 | 7,45 | DM 2021 - 0,5 gg | |
| 6 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 6.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.4 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.5 | Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019. | 5 | | Sì | |

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----|--|------------|--------------------------------|--|--|
| 7 | Miglioramento organizzativo degenza | 7.1 | <i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | 5 | 179/628 28,50% (sab/dom) | >=25% | |
| | | 7.2 | <i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti | 5 | 1,19/2=0,595 | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 7.3 | <i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni | 5 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione) | |
| | | 7.4 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita | 5 | | 100 % | |
| | | 7.5 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 5 | 321/629 51,03% fonte ADT | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

**Dipartimento Chirurgia - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOC Otorinolaringoiatria**

| N. OBTV | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|---------|--|---------|---|------|---------------|----------------------------|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 4 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 4.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 35 | 99/99 100% | 100% | |
| 5 | Miglioramento dei livelli di attività | 5.1 | Mantenimento attività di day service: N. di day service 2022 / N. day service 2021 | 25 | | >=98% | |
| 6 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 6.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.3 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 6.4 | Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019. | 5 | | Sì | |

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----|--|------------|--------------------------------|-------|--|
| 7 | Miglioramento organizzativo degenza | 7.1 | <i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva | 5 | | 100 % | |
| | | 7.2 | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni | 5 | 165/506 32,61% fonte ADT | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

**Dipartimento Chirurgia - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOC Ortopedia e traumatologia**

| N. OBTV | OBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|----------------|---|----------------|--|-------------|------------------|--|------------------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 3.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | 36/36 100% | 100% | |
| 4 | Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015) "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016 | 4.1 | Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 | 15 | Si | Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica) | |

| | | | | | | | |
|---|---|-----|---|----|------------------|---|--|
| 5 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 UO Ortopedia e traumatologia PO Termini / PO Petralia | 5.1 | Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 | 10 | 92/134 68,66% | >=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |
| 6 | Miglioramento dei livelli di attività | 6.1 | UOC Ortopedia e traumatologia PO Termini Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg | 5 | 8,12 | DM 2021 - 0,5 gg | |
| 7 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 7.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 7.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 7.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 7.4 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 7.5 | Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019. | 5 | | Sì | |

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----|--|------------|--------------------------------|---|--|
| 8 | Miglioramento organizzativo degenza | 8.1 | <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> | 4 | 36/384 9,38% (sab/dom) | >=25% | |
| | | 8.2 | <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 <u>ricovero urgente</u> 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> | 4 | 0,84/1=0,84 | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 8.3 | <p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p> | 4 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione) | |
| | | 8.4 | <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> | 4 | | 100 % | |
| | | 8.5 | <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> | 4 | 323/384 84,11% fonte ADT | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

**Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico
UOC Ortopedia e traumatologia**

| N. OBT | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | V.R. 2019 | V.A. 2022 | V.R. 2022 |
|--------|--|---------|--|------|-----------------|---|-----------|
| 1 | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 1.1 | Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata | 5 | 100% | 100% | |
| 2 | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) | 2.1 | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | 5 | 100% | 100% | |
| 3 | Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A) | 3.1 | N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute | 15 | 100/100 100% | 100% | |
| 4 | Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016 | 4.1 | Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 | 15 | Si | Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica) | |
| 5 | Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 UO Ortopedia e traumatologia PO Partinico / PO Corleone / PO Ingrassia | 5.1 | Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 | 10 | 26/66 39,39% | >=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta) | |

| | | | | | | | |
|---|---|-----|---|---|-------|----------------------------|--|
| 6 | Miglioramento dei livelli di attività | 6.1 | UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico: Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg | 5 | 14,03 | DM 2021 - 0,5 gg | |
| | | 6.3 | UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg | 5 | 7,50 | DM 2021 - 0,5 gg | |
| 7 | Miglioramento dell'attività assistenziale | 7.1 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 7.2 | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022 | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 7.3 | Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i> | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 7.4 | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera | 5 | | Sì (allegare relazione) | |
| | | 7.5 | Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019. | 5 | | Sì | |

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----|---|------------|--------------------------------|--|--|
| 8 | Miglioramento organizzativo degenza | 8.1 | <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> | 3 | 58/372 15,59% (sab/dom) | >=25% | |
| | | 8.2 | <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> | 3 | 0,82/1=0,82 | >= 1 (allegare relazione) | |
| | | 8.3 | <p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p> | 3 | | valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione) | |
| | | 8.4 | <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> | 3 | | 100 % | |
| | | 8.5 | <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> | 3 | 182/372 48,92% fonte ADT | >=50% | |
| | | | totale peso | 100 | | | |

Allegato 2 - Le schede di valutazione individuale

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 organizzativo di diretta responsabilità | 0,00 |
| PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali, competenze professionali, manageriali e tecnico scientifiche | 0,00 |
| PUNTEGGIO AREA C) Competenze manageriali specifiche | 0,00 |
| TOTALE* | 0,00 |

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

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

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

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 60/100

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

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

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

Punteggio area A

0,00

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

AREA B - peso 25/100

Comportamenti generali

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

Competenze professionali e manageriali

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

Competenze tecnico scientifiche

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

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 15/100

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

Scheda di valutazione anno _____

Area Dirigenza

Dirigenti con incarico *professional* o di Responsabile UOS

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

Assegnazione degli obiettivi in data ____/____/____

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

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

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

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

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

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 55/100

| Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità | | | |
|---|-----------------|-------------------|-------------|
| Descrizione degli obiettivi assegnati e definizione del valore atteso (indicare da 1 a max 3 obiettivi) | Peso obiettivo* | % ragg. obiettivo | Punteggio |
| a.1 | | | 0 |
| a.2 | | | 0 |
| a.3 | | | 0 |
| Punteggio area A | | | 0,00 |

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

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 30/100

| Comportamenti generali | | | | | |
|---|---|---|---|---|-------------|
| b.1 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di programmare le attività dell'U.O. in funzione dei bisogni degli utenti e per la soddisfazione delle loro esigenze | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto degli impegni assunti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.3 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o delle direttive aziendali | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.4 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso una costante attività di aggiornamento e la condivisione delle conoscenze nel gruppo di lavoro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.5 RELAZIONI CON I COLLEGHI Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'Unità Operativa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Competenze professionali e manageriali | | | | | |
| b.6 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA Indica la capacità di costruire piani di lavoro integrati multi professionali, anche con le altre UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.7 CAPACITA' DI INNOVAZIONE Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.8 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.9 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE b.9.1 Per i Responsabili U.O.S.:Capacità di individuare le specifiche competenze dei propri collaboratori, di valorizzarle attraverso l'attribuzione di specifici compiti e obiettivi, nonché di differenziare i giudizi ai fini delle valutazioni. b.9.2 Per la Dirigenza professionale:capacità di individuare e valorizzare le specifiche competenze dei propri collaboratori. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.10 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Indica il grado di conoscenza delle linee strategiche aziendali e di partecipazione alla loro definizione attraverso contributi specifici | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.11 GESTIONE DELLE RELAZIONI INTERNE AL GRUPPO DI LAVORO Indica il grado di autorevolezza nel determinare un clima relazionale di collaborazione nell'U.O. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.12 GESTIONE DEI CONFLITTI Indica la capacità di prevenire e gestire gli eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della struttura che con altre strutture | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Punteggio area B | | | | | 0,00 |

AREA C - peso 15/100

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

Scheda di valutazione anno _____
Area Comparto

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

Assegnazione degli obiettivi in data ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

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

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

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

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

Timbro e firma del Responsabile UOS _____

Timbro e firma del Direttore UOC/Macrostruttura _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 30/100**Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo**

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

Punteggio area A

0,00

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

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 50/100**Comportamenti generali e competenze professionali**

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| b.1 COMPETENZE 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

AREA C - peso 20/100

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