

**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 partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B) (U.O. Qualità e Gestione Rischio Clinico)	5.1	Monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi da parte dei PP.OO. Relativi alla check list del Ministero della Salute AGENAS	5		10% Items	
6	Revisione Rete Referenti Formazione (secondo vigente Atto Aziendale giusta Delibera prot. n° 81 del 21/01/20) (U.O. Formazione e sviluppo apprendimento organizzativo)	6.1	Delibera aggiornamento rete referenti formazione	5		SI (allegare relazione)	
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) (U.O. Comunicazione e informazione)	7.1	Pubblicazione sul sito aziendale del monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali trasmesso dalla UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	5	SI	SI (allegare relazione)	
8	Obiettivi di Salute e di Funzionamento assegnati alla Direzione Generale	8.1	Monitoraggio e rendicontazione degli obiettivi e regolare trasmissione all'Assessorato alla Salute secondo crono programma AGENAS	12,5		SI (allegare relazione)	
9	Attività degli uffici della Direzione Strategica	9.1	Rendicontazione/Relazione degli uffici della Direzione Strategica secondo le indicazioni delle tre direzioni	2,5	SI	SI (allegare relazione)	
10	Pronto soccorso - Gestione del sovraffollamento (Bed Manager)	10.1	Livello di completezza delle verifiche delle variazioni dei posti letto nel monitoraggio continuo effettuato in tutti i PP.OO. Aziendali nelle 2 rilevazioni-indice giornaliere effettuate su piattaforma GECOS	5		100% (allegare relazione)	
11	Attivazione e Monitoraggio del nuovo sistema On-Line di Rilevazione della Customer Satisfaction	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	Soddisfaccimento 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 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	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	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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"). Costruzione di PTI integrati e condivisi per adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento	3.1	N °PTI integrati e condivisi/ N °di pazienti individuati da UU.OO. NPIA e SERD e segnalati al CSM per la presa in carico	15		>=40%	
4	Percorsi di cura Salute Mentale Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo bipolare , ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager). Qualità flussi informativi - Inserimento in piattaforma pSM dei PTI elaborati per gli utenti inseriti in CTA anno 2021	4.1	N° PTI elaborati dal CSM anno 2022 inseriti in piattaforma / N° nuovi utenti con diagnosi 295/296 anno 2022	20		70%	
		4.2	Inserimento, e successivo aggiornamento, in piattaforma di N° PTI di pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali / N° pazienti residenti nelle CTA accreditate e aziendali	20		100%	
5	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	5.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20		>=80%	
6	Monitoraggio Contenzione in SPDC	6.1	N° pazienti contenuti oltre le 4 ore/ N° di pazienti ricoverati nell'anno	10		Report semestrale	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
			totale peso	100			

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 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 NPIA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo	8.1	N. di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono agli ambulatori NPIA e per i quali viene elaborato un PTI integrato, come da PDTA / N. di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono agli ambulatori NPIA	15		>=30%	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Individuazione pazienti con comorbidità psichiatrica e con comorbidità infettiva presso i SerT	3.1	N. nuovi utenti scenati per HCV/ N. nuovi utenti presi in carico dai SERT	10		70%	
		3.2	N. nuovi utenti inviati al trattamento per HCV/N. nuovi utenti positivi per HCV	10		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	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 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	Rifunzionalizzazione 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOC Pronto Soccorso PO Partinico	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2022 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = 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 Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	60/60 100%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		Si (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	
totale peso				100			

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

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	335/335 100%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	1.192/1.208 98,7%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla 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 Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	874/874 100%	>=90%	
		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	Sì	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	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	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	<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	74/314 23,57% (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	0,42/1=0,42	>= 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	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 (sommministrazione 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	Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	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 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	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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	35	99/99 100%	100%	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Mantenimento attività di day service: N. di day service 2022 / N. day service 2021	25		>=98%	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		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 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	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			

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)	1	2	3	4	5

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