

**GLI OBIETTIVI OPERATIVI E LE SCHEDE DI  
BUDGET ANNO 2023**

**Scheda obiettivo**  
**Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)**  
**PUNTI 5**

**OBIETTIVO N. 1**

Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sulle regole di comportamento per il personale della struttura anche ai fini della promozione del valore pubblico

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.
Indicatore	Inoltro al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente una descrizione sulle regole di comportamento adottate da ciascun referente aziendale ai fini della promozione del valore pubblico
Valori attesi	Trasmissione Relazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione
Data inizio/fine	Entro il 30/11/2023

**OBIETTIVO N. 2**

Revisione e miglioramento della regolamentazione interna a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei 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	Attività posta in essere da ciascun referente aziendale in ordine all'individuazione di azioni di miglioramento in ordine alla regolamentazione interna del codice di comportamento e della gestione di conflitto d'interesse
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. Nonchè una relazione circa le attività poste in essere e favorevoli ad una regolamentazione interna del codice di comportamento
Data inizio/fine	Entro il 30/11/2023

**Scheda obiettivo**  
**Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)**  
**PUNTI 5**

**OBIETTIVO N. 1**

Incremento dell'attività formativa in materia di trasparenza in coerenza con le attività formative rivolte a prevenire i fenomeni corruttivi.

Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sui temi della Trasparenza e Corruzione mediate attività di formazione anche con corsi online
Indicatore	Realizzazione delle attività di formazione attraverso corsi suggeriti dalla UOS Formazione o utilizzo di piattaforma online per tutto il personale afferente alla struttura
Valori attesi	Inoltro al Responsabile della Trasparenza di una relazione dalla quale si evincono i corsi effettuati ed il numero del personale partecipante
Data Inizio/ fine	Entro il 30/11/2023

**OBIETTIVO N. 2**

Assolvimento degli obblighi di pubblicazione previste dal D.lgs n. 33/2013 e dal PTPC 2023/2025

Descrizione	Attività inerenti agli obblighi di pubblicazione come regolamentato dal dal D.lgs n. 33/2013 e dal PTPC 2023/2025
Indicatore	Realizzazione delle attività degli obblighi di pubblicazione
Valori attesi	Inoltro al Responsabile della Trasparenza di una relazione con annesso report da quale si evince la realizzazione delle attività inerenti agli obblighi di pubblicazione secondo il D.lgs n. 33/2013 ed il PTPC 2023/2025
Data Inizio/ fine	Entro il 30/11/2023

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Monitoraggio e supporto alla Direzione Generale nell'attuazione dei programmi di adeguamento previsti dai rapporti di verifica in applicazione al D.A. 9 agosto 2022 n. 725 "definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche" (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) - (UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico)	3.1	Monitoraggio e supporto all'attuazione delle azioni correttive indicate per ogni articolazione aziendale nei rapporti di verifica e nei piani di adeguamento, come da cronoprogramma: Prot. 1038 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1039 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1040 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1041 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1042 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1043 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1044 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1045 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1046 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1047 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1048 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1049 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1050 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1051 UOQ del 30.11.2022 Prot. 1052 UOQ del 30.11.2022  N° STRUTTURE MONITORATE / TOTALE STRUTTURE DA MONITORARE	10		100%		Monitoraggio e Rendicontazione trimestrale delle azioni correttive previste dai rapporti di verifica
4	Analisi Proattiva dei processi interni e delle criticità più frequenti, sia in ambito ospedaliero che territoriale, finalizzata alla prevenzione del rischio e alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari (OBIETTIVO CONDIZIONATO ALLA CORRISPONDENTE ASSEGNAZIONE AGLI OBIETTIVI DI BUDGET DELLE STRUTTURE COINVOLTE- RSA E PUNTI NASCITA). (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B) (UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico)	4.1	n. 10 analisi pro-attive dei processi interni ospedalieri e territoriali  N° analisi effettuate / totale analisi	10		100%		Report semestrale dell'analisi proattiva e definizione della matrice di rischio
5	Implementazione di un sistema pilota presso il P.O. "S. Cimino" di Temrini Imerese finalizzato al miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa per il contenimento del sovraffollamento del P.S. di cui alle linee di indirizzo dell'Assessore alla Salute DASOE/8/2604 del 24.01.2020. (UOS Bed Management) (OBIETTIVO CONDIZIONATO ALLA CORRISPONDENTE ASSEGNAZIONE AGLI OBIETTIVI DI BUDGET ALLE UU.OO. COINVOLTE DEL P.O)	5.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa pari al 30% rispetto all'anno precedente	10		Valore 2023>=30% 2022		Piattaforma SIRGES / report
6	Redazione di una Procedura Aziendale per la valutazione dell'esperienza dell'utente (customer satisfaction) - in conformità al Sistema di Gestione Documentale Aziendale (PG01 del 24/10/2022. Delibera n. 1677 del 10 novembre 2022) finalizzata allo sviluppo dei piani di miglioramento. Definizione degli strumenti di rilevazione (cartacei e informatizzati) sia in ambito ospedaliero che territoriale (assistenza domiciliare, RSA, ambulatori). (UOS Comunicazione ed Informazione)	6.1	Redazione Procedura in conformità al Sistema di Gestione Documentale Aziendale (PG01 del 24/10/2022. Delibera n. 1677 del 10 novembre 2022).	5		Si (allegare relazione)		Redazione Procedura in conformità al Sistema di Gestione Documentale Aziendale (PG01 del 24/10/2022. Delibera n. 1677 del 10 novembre 2022).

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
	Revisione e adozione del Regolamento sulla Formazione in conformità al Sistema di Gestione Documentale Aziendale (PG01 del 24/10/2022. Delibera n. 1677 del 10 novembre 2022). <b>(UOS Formazione e sviluppo apprendimento organizzativo)</b>		Redazione regolamento aziendale sulla formazione	5		SI (allegare relazione)		Delibera di adozione
7	Applicazione del sistema di misurazione e valutazione delle performance aziendale in adempimento al D.Lgs 150/09 e s.m.i. agli indirizzi del Dipartimento Funzione Pubblica e ai CCNL. <b>(UOS Valutazione e Valorizzazione RR.UU.)</b>	7.1	N. di valutazioni individuali che seguono le procedure interne/n. di valutazioni individuali pervenute	5		100%		documentazione interna
		7.2	Realizzazione di n. 2 edizioni dell'evento formativo rivolto ai Direttori di macrostruttura per l'aggiornamento sul regolamento e sulle procedure di valutazione procedure di valutazione, come da proposta presentata all'UOS Formazione	5		SI (allegare relazione)		documentazione interna
8	Attività Referenti Ricerca e internazionalizzazione (D.A. n. 1268 dell'1/7/2013 e successive integrazioni) <b>(Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria in collaborazione con U.O.S. Formazione)</b>	8.1	n. partenariati progettuali richiesti e accordati dal D.G. a enti richiedenti/procedure di partenariato definite su apposite piattaforme e/o programmi (Portale CHAIROS, Call for Proposal eccc)	5		100%		Report e dati piattaforma Chairros
		8.2	Realizzazione corso di formazione su presupposti normativi e sulle metodologie finalizzate al coinvolgimento del terzo settore in procedure di co-progettazione	5		SI (allegare relazione)		documentazione interna
9	Verifiche report dati P.I.A. (Privacy Impact Assessment) elaborati con la consulenza della società Leonardo S.p.A. per l'anno 2022 <b>(UOS Data protection officer e Sistemi di sicurezza nei rapporti istituzionali)</b>	9.1	Totale verifiche strutture aziendali anno 2023 / Numero strutture aziendali sottoposte a P.I.A. anno 2022	5		100%		documentazione interna
10	Supporto agli obiettivi delle Direzioni Strategiche	10.1	Rendicontazione/Relazione sugli obiettivi della Direzione Strategica e sulle attività delle segreterie/uffici della Direzione strategica	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
11	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) (UOS. Comunicazione e informazione)	11.1	Publicazione 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)		documentazione interna
12	Obiettivi di Salute e di Funzionamento assegnati alla Direzione Generale	12.1	Monitoraggio e rendicontazione degli obiettivi e regolare trasmissione all'Assessorato alla Salute secondo crono programma AGENAS	10		SI (allegare relazione)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

(\*) Sarà cura dei Responsabili delle UU.OO. produrre una relazione trimestrale sull'attività svolta corredata da dati oggettivi e, allo stesso modo, esigeranno lo stessa attività rendicontativa da parte del personale di assegnazione.

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	3.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)"	15		Sì (allegare documentazione)		documentazione interna
4	Relazione sulla performance	4.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Relazione sulla performance"	15	Sì	Sì (allegare documentazione)		documentazione interna
5	Relazione sulla Gestione	5.1	Trasmissione alla UOC Bilancio e Programmazione della "Relazione sulla Gestione"	15	Sì	Sì (allegare documentazione)		documentazione interna
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	Sì	Sì		documentazione interna
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	20	Sì	Sì (allegare documentazione)		documentazione interna
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	Estrazione/Analisi ed invio alla UOS SIS dei flussi descritti nel Piano di miglioramento aziendale	10		100% (allegare report e relazione )		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Legale

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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)		documentazione interna
		3.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento	10	SI	SI (allegare relazione e documentazione)		documentazione interna
		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)		documentazione interna
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)		documentazione interna
		4.2	Predisposizione e Trasmissione report per l'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento.	10	SI	SI (allegare relazione e documentazione)		documentazione interna
		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 relazione e documentazione)		documentazione interna
5	Monitoraggio delle attività relative alla gestione sinistri del personale	5.1	Gestione assicurativa polizze RCT/O - Infortuni - Kasko e in autoassicurazione relative a sinistri: N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri/N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti	10		> 80%		documentazione interna presso UOS Gestione Sinistri del Personale
		5.2	Procedure denunce sinistri: richieste risarcitorie stragiudiziali in materia di malpractice prevenute alla UOS N. totale richieste di adempimenti ai sensi dell'art. 13 L. 74/17 (L. Geli) e s.m.i. effettuate/ totale richieste di adempimenti ai sensi dell'art. 13 L. 2/17 da effettuare	5		≥ 90%		documentazione interna presso UOS Gestione Sinistri del Personale
		5.3	Verifica della completezza delle istruttorie di pratiche RCT (controllo su documentazione sanitaria, relazioni, assicurazioni, adempimenti cc circolare n. SG5/18867 e L. getti) anche verso terzi, ai fini della trattazione CAVS e/o giudiziale con valutazione sotto il profilo giuridico - verifiche completezza istruttoria	5		≥ 90%		documentazione interna presso UOS Gestione Sinistri del Personale
6	Monitoraggio delle attività relative alle sanzioni	6.1	Produzione di report direzionale delle attività relative alle sanzioni	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
7	Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della difesa legale dell'Azienda	7.1	Numero costituzioni in giudizio dell'azienda/Numero compl. Processi relativi alle seguenti tipologie di giudizio*	10		≥ 90%		documentazione interna
8	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)	5		SI (allegare relazione e report)		documentazione interna
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	9.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.E - Adempimenti Legge 24/2017: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

\*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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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.	45	24/24 100%	>= 80% (allegare report)		documentazione interna (Registro accessi Sportello SLC)
4	Organizzazione eventi formativi destinati agli Psicologi dell'ASP	4.1	N. eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia	45	5	>=2		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	Fonte UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Audit per la verifica degli interventi previsti dal Decreto 6 settembre 2010 contro il rischio Aggressioni nelle sedi di Continuità Assistenziale	3.1	Numero di audit effettuati nelle sedi di Continuità Assistenziale / N. complessivo di sedi di Continuità Assistenziale	30		>=50%		documentazione interna
4	Audit per la verifica delle azioni adottate per prevenire gli atti di violenza agli operatori dei SerD (Servizio per le Dipendenze), afferenti al Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (ai sensi dell'art. 24 Circolare Assessorato Salute n. 1292/2012)	4.1	Numero di audit effettuati nelle sedi dei SerD / N. complessivo di sedi dei SerD	30		>=50%		documentazione interna
5	Audit per la verifica delle azioni adottate per prevenire gli atti di violenza agli operatori nei Pronto Soccorso afferenti al Dipartimento Emergenza Urgenza (ai sensi dell'art. 24 Circolare Assessorato Salute n. 1292/2012)	5.1	Numero di audit effettuati nelle sedi dei Pronto Soccorso / N. complessivo di sedi di Pronto Soccorso	30		>=50%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Centro Gestionale Screening

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
<b>Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)</b>								
3	Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	10	56.042 / 56.042 100%	100%		SURVEY
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	7.884/52.241 15% pap test 8.501/34.411 25% HPV test	>=50%		SURVEY
		4.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	3		>=3% 2022		SURVEY
5	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	5.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	10	88.883 / 88.883 100%	100%		SURVEY
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	27.595/ 83.661 33%	>=60%		SURVEY
		6.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	3		>=3% 2022		SURVEY
7	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	7.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	10	177.926 /177.926 100%	100%		SURVEY
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	45.204/174.125 26%	>=50%		SURVEY
		8.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	3		>=3% 2022		SURVEY
9	Definizione tempi d'attesa per l'invio degli esiti negativi	9.1	N. esiti negativi inviati alla spedizione postale entro 1 settimana dalla registrazione dell'esito negativo / N. esiti negativi registrati	5	>=0,5%	>=0,5%		documentazione interna
10	Miglioramento dell'informazione agli utenti	10.1	N. di risposte fornite entro 48 ore sui social media alle richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici / N. richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici	5	>=95%	>=95%		documentazione interna
		10.2	N. di risposte fornite entro 48 ore tramite front office Whatsapp alle richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici / N. richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici	5	>=90%	>=90%		documentazione interna
11	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (Customer satisfaction)	11.1	N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici a cui si somministra questionario di soddisfazione / N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici	10	>=0,5%	>=0,5%		documentazione interna
12	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	12.1	Compilazione survey nazionali GISMa, GISCoR, GISCi entro 15 giorni dopo la scadenza	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
13	Rendicontazione attività sul programma degli screening oncologici (Accountability)	13.1	Realizzazione di incontri con Comitato consultivo aziendale e MMG	5	>1	>=1		documentazione interna
14	Aggiornamento della banca dati anagrafica	14.1	N. aggiornamenti annuali della banca dati anagrafica	20	>1	1		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Educazione e Promozione della salute aziendale (UOEPSA)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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)		documentazione interna e Resp. Coordinamento progetto PSN
		3.2	Attività inerenti il Piano Aziendale di Prevenzione 2020/2025: Programma Predefinito 01. "Scuole che promuovono la salute, azione 1: Formazione operatori scolastici e genitori" e azione 4: Promozione attività fisica con particolare riguardo a popolazione over 60	30		Si (allegare relazione)		documentazione interna e Resp. Coordinamento PP01, az n. 1 e 4
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sorveglianza Sanitaria

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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		documentazione interna
4	Sorveglianza sanitaria in ambito nei confronti di soggetti esterni	4.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità da effettuare sul personale a rischio dipendente da aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2023 D.Lgs 81/2008 se ss mm.ii/ N. richieste di visite mediche da parte di aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2023	35	100%	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Flussi informativi Assessoriali ( n. flussi 36) (obiettivi contrattuali generali 2020-2022: obiettivo 3b)	3.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	20	SI	SI (allegare report e relazione)		documentazione interna
		3.2	Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento	15	SI	SI (allegare report e relazione)		documentazione interna
4	Flussi Informativi Ministeriali (n. flussi 14) (obiettivi contrattuali generali 2020-2022: obiettivo 3b)	4.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	20	SI	SI (allegare report e relazione)		documentazione interna
		4.2	Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento	15	SI	SI (allegare report e relazione)		documentazione interna
5	Flussi Economici (n. flussi 6) (obiettivi contrattuali generali 2020-2022: obiettivo 3b)	5.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	20	SI	SI (allegare report e relazione)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione interna
3	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di analisi dei rischi e delle misure di prevenzione	2		SI (Allegare relazione)		documentazione interna
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2		SI (Allegare relazione e Report)		documentazione interna
6	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	6.1	n. di progetti coordinati/ monitorati / n. di progetti assegnati (PSN,QSN,Progetti Europei, ecc.)	30		100%		documentazione interna
7	Ricognizione semestrale di tipo prospettico dei progetti in essere e/o relativo inventario finalizzato alla rendicontazione verso il competente Ass.to regionale	7.1	n. di report prodotti all'Assessorato / n. di report richiesti dall'Assessorato	24		100%		documentazione interna
8	Rilascio del parere di congruità alle strutture proponenti i progetti	8.1	n. di progetti approvati / n. di progetti presentati	30		100%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento di Prevenzione								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
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	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	5.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
6	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	10	95,8%	100%		scheda uoc
		6.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	10	100%	100%		scheda uoc
		6.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	10	100%	100%		scheda uoc
		6.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	10	80%	100%		scheda uoc
		6.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	10	100%	100%		scheda uoc
		6.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	10	100%	100%		scheda uoc
		6.7	UOC Accreditamento	10		100%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
<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	esav.8.879/10.170 (87%) MPR9.012/10.170 (93%) mening.8.397/10.170 (74%) pneum.8.560/10.170 (84%)	esavalente, morbillo-parotite-rosolia, meningococco e pneumococco 92 - 95% a 24 mesi		documentazione interna
4	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.B Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini)	4.1	Relazione sulle attività svolte	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
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 2023/ N. vaccinazioni effettuate nel 2023 (con riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale)	10	424.280/424.280 100%	100%		documentazione interna
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	Si (allegare relazione)		documentazione interna
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	485/506 96%	≥ 95 %		documentazione interna
8	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	8.1	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	10	506/506 100%	100%		documentazione interna
<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	188/188 100%	100%		documentazione interna
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	10.095/10.095 100%	100%		documentazione interna
		10.2	Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNCaM" (entro il 31 marzo 2022)	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli ambienti di vita								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Tutela Ambientale: Riunioni "focalpoint"	3.1	N. Riunioni realizzate / N. di Riunioni programmate	10	nessuna riunione causa covid	100% (allegare documentazione delle riunioni)		
		3.2	Predisposizione proposta di atto deliberativo per l'aggiornamento della Delibera n. 0842 del 23/12/2016 di Costituzione del "Focal Point con competenze sanitarie e ambientali a supporto delle autorità locali"	5				
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	52/52 100%	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	6/6 100%	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	29/29 100%	100%		
8	Ispezioni congiunte nelle strutture di accoglienza per migranti su richiesta della Prefettura	8.1	N. di ispezioni effettuate /N. di richieste pervenute	15		100%		
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

## Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	<i>Piano regionale di controllo ufficiale sul tenore di iodio nel sale arricchito e sulla presenza di sale iodato nella distribuzione e utilizzo nella ristorazione pubblica/collettiva Anni 2022- 2025 (D.D.G. n. 191 del 18/03/2022)</i>	3.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	10		100%		documentazione interna
4	Piano Regionale di controllo ufficiale dei materiali e gli oggetti destinati a venire in contatto con i prodotti alimentari (MOCA) – Anni 2023 – 2027 (D.A. n. 9 del 11/01/2023)	4.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	20		100%		documentazione interna
5	Piano Regionale di controllo ufficiale degli additivi e degli aromi alimentari, ivi compresi gli aromi di fumo, sia come materia prima che negli alimenti, nonché il controllo delle sostanze di cui all'allegato III del Regolamento CE n. 1334/2008 Anni 2020 – 2024 (DDG n. 484 del 25.06.2020)	5.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	20		100%		documentazione interna
6	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	6.1	N. ditte registrate ispezionate / N. ditte registrate	20		100%		documentazione interna
7	Ispezioni nelle aziende agricole per il controllo ufficiale degli utilizzatori di fitofarmaci	7.1	N. aziende agricole registrate ispezionate / N. aziende agricole registrate	20		100%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
<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 2023	15	127/715 17,76%	>= 17%		documentazione interna
4	Aziende Agricole	4.1	N. di aziende agricole ispezionate / N. di aziende agricole ispezionabili	15	220/220 100%	100%		documentazione interna
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% (allegare documento di programmazione e documentazione delle iniziative realizzate)		documentazione interna
<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 2023	15	36/36 100%	100%		documentazione interna
7	Controlli nei cantieri bonifica amianto	7.1	N. di controlli / N. Piani di Lavoro presentati	15	100/698 14,32%	>= 5%		documentazione interna
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	5/5 100%	>=80%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento di Prevenzione: UOC Impiantistica ed antinfortunistica								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	15	859/1.096 78%	≥ 70%		documentazione interna
		3.2	Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti	10	1	≥ 1		documentazione interna
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	1.850/1.900 97%	≥ 75%		documentazione interna
5	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	5.1	N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste	10	1.183/1.450 81%	≥ 75%		documentazione interna
		5.2	N. verifiche impianti di terra a maggiore complessità effettuate / N. verifiche impianti di terra a maggiore complessità richieste (N.B. Impianti elettrici a maggiore complessità sono impianti con propria cabina di trasformazione MT/BT ed impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione ed incendio)	15		≥ 75%		documentazione interna
		5.3	N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste	15	929/945 98%	≥ 75%		documentazione interna
6	Sviluppo attività di monitoraggio/controllo al fine di garantire la conformità alle norme di macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche	6.1	N. di pratiche espletate (NPRAespl. / N. pratiche pervenute (NPRAperv.)	10		≥ 40%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento di Prevenzione: UOC Laboratorio medico di sanità pubblica								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021; obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021; obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
<i>Tutela Ambientale:</i>								
3	Acque di balneazione	3.1	Aggiornamento profili acque di balneazione dei Comuni della Provincia di Palermo e delle Isole Lampedusa e Linosa facenti capo all'ASP di Palermo	20		> 95% (allegare report)		documentazione interna
<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)		documentazione interna
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	15	59/59 100%	≥ 95%		documentazione interna
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	15	954/954 100%	≥ 95%		documentazione interna
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	91/91 100%	≥ 95%		documentazione interna
8	Legionella: Prevenzione e controllo	8.1	Realizzazione Opuscolo informativo	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Dipartimento di Prevenzione Veterinario

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FOONTE UFFICIALE D PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione dipartimento
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		<b>Verifica trimestrale dati DPV</b>
4	Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1	4.1	Monitoraggio indicatori Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1 (per la parte di competenza) e trasmissione report trimestrali alla UOC Coordinamento Staff Strategico	5	Si	Si		<b>Verifica trimestrale dati DPV</b>
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. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	15	SI	Si (allegare relazione)		verifiche internal audit
6	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	6.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Sanità animale Area A	15	100%	100%		<b>Vedi Area A</b>
		7.2	UOC Igiene e produzione di alimenti di origine animali e loro derivati Area B	15	100%	100%		<b>Vedi Area B</b>
		7.3	UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche Area C	15	100%	100%		<b>Vedi Area C</b>
		7.4	UOC Igiene urbana e lotta al randagismo	15	100%	100%		<b>Vedi Area D</b>
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Sanità animale (Area A)

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	3.1	N. aziende bovine e ovi caprine controllate/N. aziende bovine e ovi caprine controllabili	10	2.481/2.481 2.476/2.476 2.155/2.155 100%	95%		Verifica trimestrale dati su SANAN
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	27,30 < 28 =100%; 24,38 < 28 =100%	≤ 28 gg obiettivo raggiunto al 100% ≤ 30 gg obiettivo raggiunto al 75% ≤ 32 gg obiettivo raggiunto al 50% > 32 gg obiettivo raggiunto 0%		Verifica mensile dati forniti UO Anagrafe A.
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	58,22 < 63 =100%	≤ 63 gg obiettivo raggiunto 100% ≤ 68 gg obiettivo raggiunto 75% > 68 gg obiettivo raggiunto 0%		Verifica mensile dati forniti UO Anagrafe A.
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	131/2.607 5,02%	≥ 5% (allegare anche elenco aziende)		Verifica mensile applicativo SANAN
		6.2	N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. aziende ovi-caprine controllabili	10	141/2.823 4,9%	≥ 3% (allegare anche elenco aziende)		Verifica mensile applicativo SANAN
7	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	7.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	4	≥ 1		Verifica mensile dati SSA
8	Prevenzione delle zoonosi	8.1	Numero indagini epidemiologiche effettuate nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	15	52/52 100%	100%		Verifica mensile dati UUOOVV
9	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	9.1	N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate inserite nel SANAN / N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate	15	10.715/10.715 100%	95%		Verifica trimestrale dati su SANAN
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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	422/421	Sì (allegare relazione)		Verifica semestrale dati SIAOA
4	Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	4.1	Registrazione dei dati nel Sistema informativo regionale Demetra	20	3.100/3.117	Sì (allegare relazione)		Verifica mensile dati forniti da Dedalus
5	Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari	5.1	Rispetto flusso informativo	15	26/26	Sì (allegare relazione)		Verifica mensile dati UUOOVV
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	438/394	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)		Verifica mensile dati UUOOVV
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	41/41 100%	100%		Verifica mensile dati UUOOVV
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	5	>= 2 eventi (documentare)		Verifica mensile dati SIAOA
			<b>totale peso</b>	<b>15</b>				
				<b>15</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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	89/89 100%	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)		Verifica mensile dati UUOOVV
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	45	7	>= 2 eventi (documentare)		Verifica mensile dati SIAPZ
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene urbana e lotta al randagismo

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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	10/70>100%	100% (allegare elenco)		Verifica mensile dati UUOOVV
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	18/15	>= 15 (documentare)		Verifica mensile dati IULR
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Dipartimento Farmaceutico

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna
4	Contenimento della spesa farmaceutica (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a5)	4.1	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione: monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della stessa	20	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	5.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.D - Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	20	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Documentazione di attivazione informatizzata della gestione dei magazzini di reparto e calendarizzazione dell'inventario straordinario (Attivazione della gestione dei magazzini di reparto e svolgimento inventario straordinario Azioni PAC E1.1, E1.3, E1.4, E1.8)	3		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Per i carichi di magazzino:differenza tra nr. giorni tra data ddt e da registrazione (Monitoraggio tempestiva registrazione a sistema dei carichi di magazzino Azione PAC E2.1, E2.3)	2		≤ 10 gg.		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		documentazione interna
8	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	8.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		SI (allegare relazione)		documentazione interna
9	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	9.1	UOC Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia	10	100%	100%		scheda UOC
		9.2	UOC Integrazione Farmaceutica ospedale-territorio	10	100%	100%		scheda UOC
		9.3	UOC Farmacia Ospedaliera P.O.Ingrassia	10	100%	100%		scheda UOC
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Contenimento della spesa farmaceutica	3.1	FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza e di appropriatezza prescrittiva, per il contenimento della stessa, relativamente ai farmaci di fascia A	25	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
			DISTRIBUZIONE PER CONTO: Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza e di appropriatezza prescrittiva, per il contenimento della stessa, relativamente ai farmaci di fascia A-phT in DPC	25	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito territoriale - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito territoriale	30	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
5	Monitoraggio delle prescrizioni mediante lettura ottica	5.1	Controllo mediante sistema di lettura ottica delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate nell'anno mobile settembre 2022/ottobre 2023	10	SI	100% (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**Dipartimento Farmaceutico:  
UOC Integrazione Farmaceutica ospedale-territorio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Contenimento della spesa farmaceutica	3.1	DISTRIBUZIONE DIRETTA: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA e analisi e monitoraggio della spesa farmaceutica dei farmaci, realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della spesa farmaceutica in distribuzione diretta, piani terapeutici erogati	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		3.2	PER I PP.OO. AZIENDALI: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico/ N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	10	100%	≥ 80%		documentazione interna
		3.3	Richieste relative a Registro AIFA caricate al sistema (dispensazioni, MEA, risk sharing)/totale delle richieste pervenute alla Farmacia Territoriale	10	100%	100%		documentazione interna
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Erogazione degli antibiotici a più alto costo/ sotto monitoraggio di normative nazionali e regionali previa presentazione della specifica scheda e/o piano terapeutico/ Totale degli antibiotici a più alto costo/ sotto monitoraggio erogati	10	100%	≥ 90%		documentazione interna
5	Gestione di magazzino	5.1	Verifica delle Giacenze di magazzino mediante inventari periodici (mensili, semestrali, annuali) come da procedure aziendali	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		5.2	Movimenti informatici di carico e scarico delle operazioni di farmacia/ totale dei movimenti relativi all'anno 2023	8	100%	100%		documentazione interna
6	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito"	6.1	solo per i P.O: di Partinico e Termini Imerese - N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro una settimana dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	10	100%	≥ 90%		documentazione interna
		6.2	solo per i P.O: di Partinico e Termini Imerese - N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro 48 ore dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	10	100%	≥ 90%		documentazione interna
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Per i carichi di magazzino:differenza tra nr. giorni tra data ddt e da registrazione (Monitoraggio tempestiva registrazione a sistema dei carichi di magazzino Azione PAC E2.1, E2.3)	2		≤ 10 gg.		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**Dipartimento Farmaceutico:  
UOC Farmacia Ospedaliera Ingrassia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi"	3.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro una settimana dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	10		>=90%		documentazione interna
		3.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro 48 ore dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	10		>=90%		documentazione interna
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	15	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Erogazione degli antibiotici a più alto costo/ sotto monitoraggio di normative nazionali e regionali previa presentazione della specifica scheda e/o piano terapeutico/ Totale degli antibiotici a più alto costo/ sotto monitoraggio erogati	15		>=90%		documentazione interna
5	Contenimento della spesa farmaceutica	5.1	N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico/ N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	10	1.851/2.036 80,26%	>= 80%		documentazione interna
6	Gestione di magazzino	6.1	Verifica delle Giacenze di magazzino mediante inventari periodici (mensili, semestrali, annuali) come da procedure aziendali	10		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Ispezioni presso gli armadi di reparto con verifica delle giacenze di magazzino e gestione delle scorte	10		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.3	Movimenti informatici di carico e scarico delle operazioni di farmacia/ totale dei movimenti dell'anno 2023	8		100%		documentazione interna
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Per i carichi di magazzino:differenza tra nr. giorni tra data ddt e da registrazione (Monitoraggio tempestiva registrazione a sistema dei carichi di magazzino Azione PAC E2.1, E2.3)	2		≤ 10 gg.		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. Sub-OBTV	Sub-OBIETTIVO	N. Sub-IND.	Sub-INDICATORE	% sul PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Estensione screening del cervico carcinoma	1.1	N. di soggetti invitati / popolazione target anno	40	92.913/92.913 100%	100%		Software gestionale
2	Adesione screening del cervico carcinoma	2.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5	15% PAP 25% HPV	>=50%		Software gestionale
		2.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	5		>=3% 2022		Centro Gestionale Screening
3	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	3.1	Compilazione survey entro 15 giorni la scadenza indicata dal serv.1/DASOE	10	SI	SI (allegare relazione)		Dati serv.1/DASOE
4	Tempestica invio prelievo	4.1	N. prelievi per HPV-DNA e/o Pap test inviati ad Anatomia patologica entro 1 settimana / N. prelievi effettuati	10	15.497/16.385 95%	>=85%		Software gestionale
5	Tasso di adesione alla colposcopia	5.1	N. utenti con test positivo che hanno aderito alla colposcopia / N. utenti con test positivo da inviare in colposcopia	10	485/527 92%	>=80%		Software gestionale
6	Tempestica della colposcopia	6.1	N. utenti con test positivo che effettuano colposcopia entro 4-8 settimane( o entro i tempi normati) dall'evidenza del test positivo / N. utenti con test positivo	5	485/527 92%	>=80%		Software gestionale
7	Miglioramento dell'accessibilità per l'attività di screening	7.1	Numero partecipazioni a eventi di prevenzione oncologica/numero eventi /sessioni previsti	5	23/23 100%	>=60%		Calendario Eventi Direzione Generale
8	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening del tumore della cervice uterina	8.1	Aggiornamento del PDTA per lo Screening del cervicocarcinoma	5	SI	SI (allegare documento)		Sito web dedicato
9	debito informativo PDTA eredo familiare	9.1	Numero schede PDTA eredofamiliare compilate/numero adesioni totale	5		70%		Centro Gestionale Screening
				100				

Dipartimento della Salute della Famiglia								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione dipartimento
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione dipartimento
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	12	100%	100%		Vedi scheda S.C.R.
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)		Documenti Dipartimentali
6	Psicologia delle adozioni e Psicologia della genitorialità	6.1	Realizzazione di un percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali	4	SI	SI (allegare relazione)		Documenti Dipartimentali
		6.2	Adesione al progetto "Percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali": N. coppie partecipanti al progetto / N. coppie invitate a partecipare	4	48/48 100%	>=60%		Documenti Dipartimentali
		6.3	Revisione e aggiornamento delle procedure di intervento adottate dalla UOS genitorialità	4	SI	SI (allegare relazione)		Documenti Dipartimentali
		6.4	Numero colloqui effettuati su richiesta degli enti accreditati alla UOS genitorialità / Numero totale colloqui richiesti dagli enti accreditati	4	34/34 100%	>=90%		Documenti Dipartimentali
7	Fisiopatologia della riproduzione	7.1	N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio	3	93/102 91%	>= 90%		Registro di Reparto
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)		SDO
9	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	9.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: 4.1) Punti nascita: Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist 4.2.1) Nei PN senza (TIN): 4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP) 4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO:< 8% (Fonte SDO) 4.2.2) Nei PN (con TIN): 4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI 4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	4	SI	SI (allegare report e relazione)		SDO, e CEDAP
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	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 128 (Presenza di una o più iniziative per informare i cittadini sulla conservazione e sulla donazione delle staminali emopoietiche del sangue nei punti nascita aziendali)	4	no giustificato	SI (allegare relazione)		Calendario Iniziative e Relazioni
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		Documenti Dipartimentali
12	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	12.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	12		SI (allegare relazione)		verifiche internal audit
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	3		SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	14.1	UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia (compresa la UOS di Corleone)	3	100%	100%		vedi scheda struttura
		14.2	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	3	90%	100%		vedi scheda struttura
		14.3	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.F. Ingrassia - DO PA3	3	100%	100%		vedi scheda struttura
		14.4	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2 (compreso la UOSD Pediatria di Partinico e la UOS di Corleone)	3	100%	100%		vedi scheda struttura
		14.5	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	3	100%	100%		vedi scheda struttura
		14.6	UOSD Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico	3		100%		vedi scheda struttura
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

**Dipartimento della Salute della Famiglia:  
UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia**

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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	>=5		Calendario Incontri
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	902/1.705 53%	>=50%		Schede Gravidanza
5	Percorso nascita	5.1	N. ecografie di screening primo trimestre effettuate / N. ecografie di screening primo trimestre richieste dai Consulori familiari	15	553/778 71%	>=80%		Report di Reparto
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	1.279/1.430 89,44%	>=75%		Schede di Reparto
		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	493/647 76,20%	>=60%		Schede di Reparto
7	Area sociale: rilevazione violenza di genere	7.1	N. colloqui sociali in accoglienza effettuati presso i CCFE con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. colloqui sociali in accoglienza effettuati	10	832/962 86,49%	>=70%		Report di Reparto
		7.2	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata presso i CCFE da parte dell' assistente sociale con successivo approfondimento di II livello mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dell'assistente	10	265/307 86,32%	>=70%		Report di Reparto
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	no giustificato	>=50%		Report di Reparto
9	Flussi informativi(obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si	Si (allegare report)		Report di Reparto
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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)		documentazione struttura
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	72/72 100%	100%		Format Assessoriale di Caricamento Dati
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	138/446 30,94%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		SDO
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		SDO e CEDAP
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	10	0,65	>=95%		Fonti Aziendali
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	10	3,62 giustificato	<=95%		Fonti Aziendali
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		documentazione struttura
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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)		documentazione Interna
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	109/109 100%	100%		Format Assessorato Caricamento Dati
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	11,50%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		SDO
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	10	0,62=103,4%	>=95%		Fonti Aziendali
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	10	4,42=105,66%	<=105%		Fonti Aziendali
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		documentazione Interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Pediatria - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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)		documentazione struttura
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	62/62 100%	100%		Format Assessorato Caricamento Dati
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	20/551 3,6%	< 8%		SDO
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	10	0,38	>=95%		Fonte Aziendali
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	10	4,07	<=105%		Fonte Aziendali
		6.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023 / DM 2022	10	6,54	>=95%		Fonte Aziendali
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si	Si (allegare report)		documentazione Interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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)		documentazione UOC
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	0/56 0%	< 5%		<b>SDO e Report di Reparto</b>
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 -3 gg	25	10,75	<=105%		<b>Registri di Reparto, Ricette SSN</b>
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		<b>Fonte Aziendale</b>
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Dipartimento della Salute della Famiglia:  
UOSD Ginecologia e Ostetricia - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione Interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione Interna
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 (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale)		documentazione Interna
4	Attivazione procedura di assistenza di IVG (interruzione volontaria di gravidanza) farmacologica (linnee di indirizzo Ministero Salute)	4.1	Definizione, adozione ed applicazione dell'istruzione operativa assistenziale e terapeutica di interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico	20		Si (allegare relazione)		<b>Registro delle Istruzioni Operative del Dipartimento</b>
5	Stratificazione del rischio nella gravida a termine di gestazione	5.1	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, secondo la relativa istruzione operativa Dipartimentale	15		≥50%		<b>Registro delle Istruzioni Operative del Dipartimento</b>
6	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)	6.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo x 100	25		≤15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale)		<b>SDO</b>
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5		Si (allegare report)		
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna ed applicativo aziendale
4	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	4.1	Monitoraggio progetti Budget di Salute avviati nel 2023	5		100% (allegare report con relazione)		documenti interni Dipartimento
5	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	5.1	Costituzione gruppo di lavoro intradipartimentale	5		GdL entro 31/03/2023 (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento
		5.2	Redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		SI (allegare procedura e relazione)		documenti interni Dipartimento
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Costituzione di un gruppo di lavoro interprofessionale che si occupi delle problematiche relative alla contenzione attraverso la distribuzione, somministrazione ed analisi del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) entro 31/05/2023	5		GdL e analisi questionari entro 31/05/2023		documenti interni Dipartimento
		6.2	Elaborazione di strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria, entro il 31/12/2023.	5		SI (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	Elaborazione di una scheda per il Triage Psichiatrico Territoriale e sua diffusione ai CC.SS.MM. Aziendali, entro il 31/03/2023	5		format scheda (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento
8	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	8.1	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)	5	7/7	report		documenti interni Dipartimento
		8.2	Monitoraggio sui percorsi di cura riabilitativi per l'aggiornamento delleliste di attesa per inserimento in REMS	5		SI (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	9	Si (allegare relazione)	Si (allegare relazione)		verifiche internal audit
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si (allegare relazione)	Si (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento
11	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	11.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
12	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	12.1	Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.2	Modulo 2 (UOC) Palermo	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.3	Modulo 3 (UOC) Palermo	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.4	Modulo 4 (UOC) Palermo	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.5	Modulo 5 (UOC) Palermo	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.6	Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.7	Modulo 7 (UOC) Cefalù-Petralia Sottana	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.8	Modulo 8 (UOC) Corleone-Lercara Friddi	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.9	Modulo 9 (UOC) Partinico-Carini	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.10	Dipendenze Patologiche (UOC)	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.11	NPIA (UOC)	2	100%	100%		vedi scheda struttura
		12.12	Disturbi del comportamento alimentare ambulatoriale e residenziale (UOC)	2		100%		vedi scheda struttura
		12.13	Disturbi dello spettro autistico	2		100%		vedi scheda struttura
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico 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. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NP/IA	10		> 20%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgentissimi"	10		100%		documenti interni UOC
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	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)	10	nessun pz in REMS	≥80%		Piattaforma SMOP
		8.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	10		≥80%		Piattaforma SMOP
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	10	Si (allegare report)	Si (allegare report)		documenti interni UOC
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico 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. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NP/IA	10		> 20%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	10		100%		documenti interni UOC
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	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	2/2 100%	≥80%		Piattaforma SMOP
		8.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	10		≥80%		Piattaforma SMOP
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI (allegare report)	SI (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DEI DATI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico 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. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	10		> 20%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	10		100%		documenti interni UOC
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	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	nessun pz in REMS	≥80%		Piattaforma SMOP
		8.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	10		≥80%		Piattaforma SMOP
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	PONTE UFFICIALE
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico 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. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	10		> 20%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	10		100%		documenti interni UOC
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	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	3/3 100%	≥80%		Piattaforma SMOP
		8.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	10		≥80%		Piattaforma SMOP
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si (allegare report)	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico 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. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	10		> 20%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	10		100%		documenti interni UOC
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	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	nessun pz in REMS	≥80%		Piattaforma SMOP
		8.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	10		≥80%		Piattaforma SMOP
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI (allegare report)	SI (allegare report)		documenti interni UOC
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	5.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
		5.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
6	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	6.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgentissimi"	15		100%		documenti interni UOC
7	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	7.1	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	nessun pz in REMS	≥80%		Piattaforma SMOP
		7.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	15		≥80%		Piattaforma SMOP
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI (allegare report)	SI (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	5.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		5.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
6	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	6.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	15		100%		documenti interni UOC
7	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	7.1	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	1/1 100%	≥80%		Piattaforma SMOP
		7.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	15		≥80%		Piattaforma SMOP
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si (allegare report)	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	5.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
		5.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
6	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	6.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	15		100%		documenti interni UOC
7	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	7.1	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	nessun pz in REMS	≥80%		Piattaforma SMOP
		7.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	15		≥80%		Piattaforma SMOP
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI (allegare report)	SI (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	5.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
		5.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
6	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	6.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgentissimi"	15		100%		documenti interni UOC
7	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	7.1	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	2/2 100%	≥80%		Piattaforma SMOP
		7.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	15		≥80%		Piattaforma SMOP
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI (allegare report)	SI (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	3.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5				documentazione interna
4	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico 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. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	4.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale/n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	5		> 20%		documentazione interna
5	Disturbi specifici di apprendimento (DSA). Applicazione L.170/2010	5.1	Monitoraggio numero di richieste di valutazioni di soggetti con sospetto DSA. Pazienti presi in carico/pazienti inviati al servizio con sospetto DSA (invii con scheda scolastica, invii con pregressa certificazione pubblica/privata, invii da UONPI).	10		≥80%		documentazione interna
		5.2	Monitoraggio del numero dei pazienti diagnosticati con DSA attraverso un percorso multidisciplinare integrato come da Consensus Conference 2011 (Valutazione clinica multiprofessionale, valutazione standardizzate testologiche, relazione clinica al completamento della valutazione)	10		≥100%		documentazione interna
6	Follow up finalizzato alla diagnosi e al trattamento dei minori 0-36 mesi a rischio neuroevolutivo (Nati pretermine, nati asfittici, nati con infezioni connatali, soggetti affetti da sindromi genetiche e patologie congenite del metabolismo o con indicatori precoci di disordini neurologici di natura da determinare)	6.1	Numero dei pazienti presi in carico/ Numero dei pazienti inviati al servizio	10		≥ 60%		documentazione interna
		6.2	Monitoraggio del numero dei pazienti presi in carico attraverso un percorso multidisciplinare integrato (Valutazioni neurocomportamentali, valutazioni standardizzate testologiche e neurofisiologiche, relazione clinica con descrizione percorso riabilitativi)	10		≥ 100%		documentazione interna
7	Follow-up finalizzato alla diagnosi e all'evoluzione clinica dei pazienti con epilessia.	7.1	Numero dei pazienti presi in carico/ Numero dei pazienti inviati al servizio	10		≥ 60%		documentazione interna
		7.2	Monitoraggio del numero dei pazienti presi in carico attraverso un percorso diagnostico/terapeutico integrato (Valutazioni cliniche periodiche, valutazioni neurofisiologiche, controlli farmacologici, relazione clinica al completamento della valutazione)	10		≥ 100%		documentazione interna
8	Follow-up finalizzato alla diagnosi e all'evoluzione clinica dei pazienti esordio di patologia psichiatrica in età evolutiva.	8.1	Numero dei pazienti presi in carico/ Numero dei pazienti inviati al servizio	10		≥ 60%		documentazione interna
		8.2	Monitoraggio del numero dei pazienti presi in carico attraverso un percorso integrato (valutazioni cliniche periodiche, valutazioni standardizzate testologiche e neurofisiologiche, relazione clinica al completamento della valutazione, progetti PTI, interventi di continuità e di collegamento al passaggio alla maggiore età)	10		≥ 100%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIAL OF PROVENIENCE OF DATA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Individuazione pazienti con comorbidità infettiva presso i SerD	3.1	N. nuovi utenti inviati per screening HCV/ N. nuovi utenti presi in carico dai SerD	15		≥70%		documentazione interna
		3.2	N. nuovi utenti inviati per screening HIV/ N. nuovi utenti presi in carico dai SerD	15		≥60%		documentazione interna
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico 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. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	20		> 20%		documentazione interna
6	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171	6.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	20		≥20%		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIAL OF PROVENIENCE OF DATA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	3.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
4	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)	4.1	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi	25	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	25	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Disturbi dello spettro autistico applicazione procedura diagnostico/valutativa	5.1	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	25		≥50%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza:  
UOC Disturbi del comportamento alimentare ambulatoriale e residenziale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Trattamenti multidisciplinari integrati per la cura dei soggetti con esordio di AN o BN nel periodo pandemico	1.1	Numero di soggetti in carico con esordio di AN o BN durante la pandemia da Covid 19 in trattamento multidisciplinare integrato / numero di soggetti in carico con esordio di AN o BN durante la pandemia da Covid 19.	30		≥85%		documentazione interna
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	30		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	5.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	30		≥20%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna
4	Obiettivi di Miglioramento della Gestione Qualità secondo norma UNI EN 15189	4.1	Avvio delle procedure necessarie per l'accreditamento Istuzione secondo Norma Uni En 15189	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
5	Obbiettivi di efficienza ed efficacia	5.1	Monitoraggio parametri REACH secondo ginecologico piano regionale	10		Sì (allegare relazione e report)		documentazione interna
6	Obiettivi di efficienza clinico -saniataria	6.1	Monitoraggio di MRSA/ CRE per antibiotico resistenza	10		Sì (allegare relazione e report)		documentazione interna
		6.2	Organizzazione del trasporto in qualità dei campioni biologici da sottoporre ad indagini analitiche e /o istopatologiche nella rete laboratoristica aziendale anatomo-patologiche effettuati all'interno della rete dei punti prelievo aziendali	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna

## Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Coordinamento organizzazione e gestione delle attività del Laboratorio Unico Logico	7.1	Analisi del coordinamento, dell'organizzazione e della gestione delle attività del laboratorio unico logico	7		Si (allegare relazione e report)		documentazione interna
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	Si anche se con ritardo per Covid	> 10%		documentazione interna
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2022-2023: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna
10		10.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	3		Si (allegare relazione)		documentazione interna
11	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	11.1	UOC Laboratorio d'analisi - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%		scheda uoc
		11.2	UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%	100%		scheda uoc
		11.3	UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%		scheda uoc
		11.4	UOC Anatomia e Istologia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%		scheda uoc
		11.5	UOC Medicina Trasfusionale	5	100%	100%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali	3.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	15		Si (allegare documento)		documentazione interna
4	Obiettivo di efficienza e qualità : appropriatezza prescrittiva	4.1	Appropriatezza prescrittiva degli esami di Laboratorio: elaborazione di un protocollo condiviso con le UU.OO. Ospedaliere per la prescrizione appropriata degli esami di laboratori urgenti e di routine	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Appropriatezza prescrittiva	5.1	Razionalizzazione delle ripetizioni -definizione di timing appropriato per la ripetizione degli esami, riduzione del TAT per esami urgenti	15		Si (allegare report)		documentazione interna
6	Contenimento ed ottimizzazione dei costi	6.1	Mantenimento/Riduzione dei costi per dispositivi medici diagnostici in vitro acquistati con procedure aziendali	15		< 3% rispetto al 2022		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.2	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	7.1	N. richieste per accertamenti art.186,art.187 C.D.S. conformi / N. richieste totali pervenute in laboratorio	15	28/30 93%	>=80%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio**  
**UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i>	3.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	15		Si (allegare documento)		documentazione interna
4	Obbiettivo di efficienza e qualità : appropriatezza prescrittiva	4.1	Appropriatezza prescrittiva degli esami di Laboratorio: elaborazione di un protocollo condiviso con le UU.OO. Ospedaliere per la prescrizione appropriata degli esami di laboratori urgenti e di routine	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Appropriatezza prescrittiva	5.1	Razionalizzazione delle ripetizioni -definizione di timing appropriato per la ripetizione degli esami, riduzione del TAT per esami urgenti	15		Si (allegare report)		documentazione interna
6	Contenimento ed ottimizzazione dei costi	6.1	Mantenimento/Riduzione dei costi per dispositivi medici diagnostici in vitro acquistati con procedure azeindali	15		< 3% rispetto al 2022		documentazione interna
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.2	N. richieste per accertamenti art.186,art.187 C.D.S. conformi / N. richieste totali pervenute in laboratorio	15	60/60 100%	>=80%		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

9 9.1  
10 10.1  
11 11.1

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio**  
**UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualita' dei processi Laboratoristici regionali</i>	3.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualita' (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	15		Si (allegare documento)		documentazione interna
4	Obiettivo di efficienza e qualità : appropriatezza prescrittiva	4.1	Appropriatezza prescrittiva degli esami di Laboratorio: elaborazione di un protocollo condiviso con le UU.OO. Ospedaliere per la prescrizione appropriata degli esami di laboratori urgenti e di routine	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Appropriatezza prescrittiva	5.1	Razionalizzazione delle ripetizioni -definizione di timing appropriato per la ripetizione degli esami, riduzione del TAT per esami urgenti	15		Si (allegare report)		documentazione interna
6	Contenimento ed ottimizzazione dei costi	6.1	Mantenimento/Riduzione dei costi per dispositivi medici diagnostici in vitro acquisti con procedure aziendali	15		< 3% rispetto al 2022		documentazione interna
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.2	N. richieste per accertamenti art.186,art.187 C.D.S. conformi / N. richieste totali pervenute in laboratorio	15	135/135 100%	>=80%		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

9

9.1

10

10.1

11.1

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio  
UOC Anatomia e Istologia patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Efficienza, qualità ed efficacia assistenziale	3.1	Riduzione dei tempi di refertazione dei Pap Test relativi al primo livello dello screening del carcinoma della cervice uterina. Numero di Pap test referatati entro 15 giorni dall'accettazione in Anatomia Patologica / numero di Pap test accettati.	10		> 90%		documentazione interna
4	Riduzione dei tempi di refertazione dei casi relativi al secondo livello dello screening del carcinoma del colon-retto.	4.1	Numero di casi referatati entro 20 giorni dall'accettazione in Anatomia Patologica / numero di casi accettati.	10	561/565 99,3%	> 90%		documentazione interna
5	Organizzazione del trasporto in qualità di campioni biologici da sottoporre ad indagini anatomico-patologiche effettuati all'interno della rete dei punti prelievo aziendali	5.1	Aggiornamento della procedura aziendale per il trasporto dei campioni per le indagini anatomico-patologiche, all'interno della rete dei punti prelievo aziendali. Aggiornamento della procedura aziendale per il trasporto dei campioni per le indagini anatomico-patologiche, all'interno della rete dei punti prelievo aziendali	10		SI (allegare documento)		documentazione interna
6	Decreto assessoriale della salute art. 6 n. 3253 del 30 settembre 2010 - controllo di qualità dei processi laboratoristici regionali.	6.1	Partecipazione ai circuiti interlaboratori regionali e nazionali relativi alle VEQ per HPV	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Contenimento ed ottimizzazione dei costi	6.2	Mantenimento/Riduzione dei costi per diagnostica di laboratorio rispetto al 2022	10		SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
<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>								
9	Riduzione dei tempi di refertazione del PAP test	9.1	N. Casi di citologia cervico-vaginale referatati entro 20 gg dall'accettazione in Anatomia Patologica / N. di casi di citologia cervico-vaginale accettati	15	9.359/9.488 98%	≥80%		documentazione interna
10		10.1	N. HPV-DNA test referatati entro 12 giorni dall'accettazione in Anatomia patologica / N. HPV-DNA test accettati	10	9.754/10.009 97,4%	≥80%		documentazione interna
11	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening relativo al tumore colon retto	11.1	Aggiornamento del PDTA dello screening del cervico carcinoma del colon retto	10	in via di stesura (giustificato)	SI (allegare documento)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio  
UOC Medicina Trasfusionale**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento delle informazioni agli utenti per la promozione alla donazione di sangue ed emocomponenti	3.1	Aggiornamento sito WEB, invio informativa tramite web social ,pubblicazione brochure	10		SI (allegare relazione)		documentazione interna
4	Appropriatezza prescrittiva emocomponenti ede emodrivati	4.1	Aggiornamento modulistica di riferimento , Monitoraggio PBM	10		SI (allegare documento)		documentazione interna
5	Appropriatezza clinica valutazione rischio trasfusionale: monitoraggio dati SISTRA	5.1	Rilevazione indicatore: N. richieste trasfusionali conformi per appropriatezza clinica / N. totale delle richieste trasfusionali	15		>= 85 %		documentazione interna
6	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dell'Assessorato	6.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dell'Assessorato	15		SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	6.2	Monitoraggio procedure trasfusionali per Adi Domiciliari : Numero segnalazione eventi avversi in ADI trasfusionali / sul numero totale di procedure ADI Trasfusionali	15		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		7.1	Realizzazione dell'intervento 2.6.B Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) di almeno 20 Kg. 20 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2022. 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 + 20 Kg di plasma rispetto all'anno 2022 o La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 20 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto Per scostamenti > del 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.	15		Vedi NB		documentazione interna
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
9		9.1	<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

10

10.1

11.1

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Estensione screening tumore della mammella	1.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	40	88.883/88.883 100%	100%		Survey GISMa
2	Adesione screening tumore della mammella	2.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5	27.595/83.661 33%	>=60%		Survey GISMa
		2.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati incremento 3% rispetto anno precedente	5		>=3% 2022		Survey GISMa
3	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening del tumore della mammella	3.1	Aggiornamento PDTA screening del tumore della mammella	10	Si	Si (allegare documento)		documetazione interna
4	Miglioramento dell'accessibilità per l'attività di screening	4.1	Numero sessioni nei giorni di sabato o domenica	5	SI	1/mese per centro		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
5	Riduzione dei tempi di refertazione delle mammografie negative	5.1	N. mammografie esitate entro 30 gg dall'esecuzione /N. mammografie eseguite	8	25.494/27.595 92%	>=90%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
6	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (Customer satisfaction)	6.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	3	pertinenza del centro gestionale screening	95%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
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	1.462/1.621 90%	90%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
8	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	8.1	Compilazione survey entro 15 giorni dopo la scadenza	3	pertinenza del centro gestionale screening	Si (allegare relazione)		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
9	Riduzione del numero delle indagini di approfondimento	9.1	N. indagini di approfondimento non invasive eseguite / N. di mammografie eseguite	7	Si 141; 1.321/25.580	(<= 7% primi esami; <= 5% esami successivi)		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
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	126/27.595 0,46%	<3%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
11	debito informativo PDTA eredo familiare	11.1	Numero schede PDTA eredofamiliare compilate/numero adesioni totale	4		40%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
				100				

## Dipartimento di Diagnostica per Immagini

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna dipartimento
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		Report sistema contabile
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	30	100%	Si v. allegato SCR		Report allegato SCR
5	Osservanza degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 101/2020	5.1	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva/N° totale di richieste di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX che pervengono alle UU.OO	10		Si (allegare relazione)		Campione di copie di referti di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
		5.2	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame/N° totale di richieste di TAC ed esami RX che pervengono alle UU.OO	10		Si		Campione di copie di referti di TAC ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame
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	15	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna dipartimento
7	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	7.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Integrazione radiologia ospedaliera e territoriale	5		100%		scheda struttura
		8.2	UOC Radiologia - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%		scheda struttura
		8.3	UOC Radiologia- DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%		scheda struttura
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna UOC
3	Osservanza degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 101/2020	3.1	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva/N° totale di richieste di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20		100%		Campione di referti di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
		3.2	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame/N° totale di richieste di TAC ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20		100%		Campione di referti di TAC ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	4.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	25	SI "Colli di bottiglia" azzerati per la tempestività di esecuzione e refertazione delle prestazioni	SI (allegare relazione)		documentazione interna UOC
5	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	5.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	25	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	≥ 80%		Campione di referti TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna UOC
3	Osservanza degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 101/2020	3.1	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva/N° totale di richieste di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20		100%		Campione di referti di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
		3.2	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame/N° totale di richieste di TAC ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20		100%		Campione di referti di TAC ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	4.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	25	SI "Colli di bottiglia" azzerati per la tempestività di esecuzione e refertazione delle prestazioni	SI (allegare relazione)		documentazione interna UOC
5	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	5.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	25	8 / 10 80%	≥ 80%		Campione di referti TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna UOC
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)		Campione di 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
4	Osservanza degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 101/2020	4.1	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva/N° totale di richieste di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20		100%		Campione di referti di TAC ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame
		4.2	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame/N° totale di richieste di TAC ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20		100%		Campione di referti TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta
5	PNRR – M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	5.1	Rifunionalizzazione e riorganizzazione delle attività di Diagnostica per Immagini nei PP.TT.AA. e nei Poliambulatori	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna UOC
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

## Dipartimento Emergenza-Urgenza

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Gestione del dolore in ospedale	3.1	Produzione di due schede per la valutazione del dolore in ambiente intraospedaliero riferendoci alla sua evoluzione temporale: - una da utilizzare per i pazienti ricoverati nei reparti di degenza e una da utilizzare per i pazienti presenti in Pronto Soccorso e già sottoposti a Triage.	5		Si (allegare documento)		documentazione interna
4	Donazione organi e tessuti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 6)	4.1	Organizzazione in ambito aziendale di almeno un corso di formazione e/o sensibilizzazione.	5	1 giustificato	1		documentazione interna
5	Miglioramento dell'attività assistenziale	5.1	Implementazione dell'utilizzo di Procedure di Partoanalgesia: Obiettivo per il 2023: Aumentare l'uso della Partoanalgesia in almeno il 15% del totale dei parti per via naturale. Formula: Parti con l'uso di partoanalgesia x 100/Totale dei Parti per via naturale. Valore atteso 15% = 100% raggiungimento obiettivo	5		Si (allegare relazione)		Registri divisionali
		5.2	Creazione di una procedura che identifichi le caratteristiche cliniche dei pazienti che possano essere dimessi dalle Terapie Intensive, verso: - Il domicilio, - Strutture distrettuali, - Hospice, - RSA. Lo scopo della procedura è rendere agevoli e con idonea tempistica, i trasferimenti dalla Terapia Intensiva.	5		>90%		Gestionale Hero
		5.3	Ottimizzazione della attività anestesiologica nelle sedute di elezione (sia in riferimento a tutte le specialità chirurgiche salvo Ostetricia e Ginecologia). L'orario di attività della seduta che serve da base del calcolo è: Sedute mattutine: ore 8,30 – ore 14,00, eventuali sedute pomeridiane ore 14,15 – 20,00. Si valuta l'impegno lavorativo globale dell'anestesista documentato dall'inizio della procedura al risveglio, inteso come il passaggio alla osservazione postoperatoria. Il valore atteso è 100% del tempo di sedute che equivale al 100% del raggiungimento dell'obiettivo.	5		Si (allegare relazione)		Gestionale Ormaweb
		5.4	Attivazione 1 posto letto di terapia del dolore presso UOSD situata presso PO "Civico" di Partinico	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
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) 2023 secondo le indicazioni assessoriali N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	3	Si	vedi indicazioni assessoriali		Portale gestionale aziendale BI
		6.2	Elaborazione del Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2023 in collaborazione con il team aziendale	10	Si	SI		documentazione interna
		6.3	Monitoraggio attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2023 in collaborazione con il team aziendale	10	Si	SI		documentazione interna

## Dipartimento Emergenza-Urgenza

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOSDIP Pronto Soccorso PO Petralia	7.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza nel Pronto Soccorso < alle 6 ore. Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da EMUR escluso "Esito 6" (Il paziente abbandona il PS prima della visita medica), e esito 7 (Il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica. > 95 Valore atteso: Miglioramento del Valore ottenuto nel 2022 del 10 %. Il miglioramento del 10 % corrisponde al 100% di raggiungimento dell'obiettivo.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
		7.2	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 = Valore medio del 2022, ridotto del 10 %. Una riduzione del 10 % equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	2		Si (allegare relazione)		Portale gestionale aziendale BI
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	95,00%	100%		scheda UOC
		8.2	UOC Servizio di Anestesia - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	98,79%	100%		scheda UOC
		8.3	UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	93,60%	100%		scheda UOC
		8.4	UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5	97,95%	100%		scheda UOC
		8.5	UOC Pronto Soccorso - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	99,10%	100%		scheda UOC
		8.6	UOC Astanteria - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	98,65%	100%		scheda UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Valutazione soggettiva della efficacia della comunicazione Medico/Parenti. Compilazione di una scheda per i primi cinque pazienti di ogni mese, per i quali i parenti danno una valutazione da 1 a 3 sulla efficacia della comunicazione. Valore atteso 95 % di valori tra 2 e 3. Tale valore atteso corrisponde al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	25		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)		documentazione interna
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento di Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	30/30 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020 )		documentazione interna
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	no	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna e Report della UOC di Ortopedia
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	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)		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	15	8,77	DM 2022 - 2 gg		Gestionale Hero
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Servizio di Anestesia - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Valutazione soggettiva della efficacia della comunicazione Medico/Parenti. Compilazione di una scheda per i primi cinque pazienti di ogni mese, per i quali i parenti danno una valutazione da 1 a 3 sulla efficacia della comunicazione. Valore atteso 95 % di valori tra 2 e 3. Tale valore atteso corrisponde al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	25		SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)		documentazione interna
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	20/20 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)		documentazione interna
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	66/87 75,86%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna e Report della UOC di Ortopedia
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	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)		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	15	1190%	DM 2022 - 2 gg		Gestionale Hero
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

<b>Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo</b>								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Valutazione soggettiva della efficacia della comunicazione Medico/Parenti. Compilazione di una scheda per i primi cinque pazienti di ogni mese, per i quali i parenti danno una valutazione da 1 a 3 sulla efficacia della comunicazione. Valore atteso 95 % di valori tra 2 e 3. Tale valore atteso corrisponde al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	25		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)		documentazione interna
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	20/20 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)		documentazione interna
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	68%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna e Report della UOC di Ortopedia
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	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)		documentazione interna
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	5	3,89	>=95%		Gestionale Hero
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	5	14,24	<=105%		Gestionale Hero
		7.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023 / DM 2022	5	6,35	>=95%		Gestionale Hero
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollimento (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) 2023 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=0,41 giustificato	vedi indicazioni assessoriali		documentazione interna
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollimento Pronto Soccorso 2022 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	20	SI	SI		documentazione interna
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollimento (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) 2023 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=0,12 giustificato	vedi indicazioni assessoriali		documentazione interna
		4.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollimento Pronto Soccorso 2023 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	20	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
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). <= 95%. Valore atteso: Miglioramento del Valore ottenuto nel 2022 del 10 %. Il miglioramento del 10 % corrisponde al 100% di raggiungimento dell'obiettivo.	2		>=95%		Portale gestionale aziendale BI
		5.2	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosiddette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 >= 1,2 x Valore 2022. Tale aumento di almeno 0,2 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo.	2		0%		Portale gestionale aziendale BI
		5.3	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 <= 5. Qualsiasi numero <= a 5 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%.	2		valore 2023 >= 1,2 x valore 2022		Portale gestionale aziendale BI
		5.4	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 = Valore medio del 2022, ridotto del 10 %. Una riduzione del 10 % equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	4		100%		Portale gestionale aziendale BI
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). <= 95%. Valore atteso: Miglioramento del Valore ottenuto nel 2022 del 10 %. Il miglioramento del 10 % corrisponde al 100% di raggiungimento dell'obiettivo.	2		100%		Portale gestionale aziendale BI
		6.2	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosiddette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 >= 1,2 x Valore 2022. Tale aumento di almeno 0,2 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo.	2		100%		Portale gestionale aziendale BI
		6.3	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 <= 5. Qualsiasi numero <= a 5 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%.	2		100%		Portale gestionale aziendale BI
		6.4	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 = Valore medio del 2022, ridotto del 10 %. Una riduzione del 10 % equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	4		100%		Portale gestionale aziendale BI
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollimento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2023 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=0,27 giustificato	vedi indicazioni assessoriali		documentazione interna
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollimento Pronto Soccorso 2023 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	40	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
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). <= 95%. Valore atteso: Miglioramento del Valore ottenuto nel 2022 del 10 %. Il miglioramento del 10 % corrisponde al 100% di raggiungimento dell'obiettivo.	10		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.2	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosiddette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 >= 1,2 x Valore 2022. Tale aumento di almeno 0,2 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.3	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 <= 5. Qualsiasi numero <= a 5 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.4	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 = Valore medio del 2022, ridotto del 10 %. Una riduzione del 10 % equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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) 2023 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=0,60 giustificato	vedi indicazioni assessoriali		documentazione interna
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2023 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	40	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
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). <= 95%. Valore atteso: Miglioramento del Valore ottenuto nel 2022 del 10 %. Il miglioramento del 10 % corrisponde al 100% di raggiungimento dell'obiettivo.	10		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.2	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosidette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 >= 1,2 x Valore 2022. Tale aumento di almeno 0,2 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.3	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 <= 5. Qualsiasi numero <= a 5 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.4	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 = Valore medio del 2022, ridotto del 10 %. Una riduzione del 10 % equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

<b>Dipartimento Cure Primarie</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna e sistema informatizzato
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	20	SI	SI (allegare report)		documentazione UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna- Coordinamento CUP Aziendale
5	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	5.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		SI (allegare relazione)		documentazione interna
6	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	UOC Cure primarie	15	100%	100%		scheda UOC
		6.2	UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	100%	100%		scheda UOC
		6.3	UOC Medicina legale e fiscale	15	100%	100%		scheda UOC
		6.4	UOC Cronicità e percorsi assistenziali	15	non attivata	100%		scheda UOC
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

<b>Dipartimento Cure Primarie UOC Cure Primarie</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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><i><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></i></p>	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna e sistema TS
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)	15	SI	SI (relazione )		documentazione interna
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	10	SI	SI (allegare relazione e report)		documentazione interna
		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)		documentazione interna
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 GLIGATA)&gt;=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: Rendicontazione dell'indicatore "N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico"</p>	20	>90% SI	SI (allegare report)		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		documentazione interna e sistema TS
8	Osservanza degli adempimenti per il miglioramento Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA)	8.1	Potenziamento comunicazione informatica Assistiti/Deceduti su base annua di MMG e PLS ASP Palermo	20		SI (allegare report)		
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	SI	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		documentazione interna
		3.2	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	15	nessuna sospensione	SI (allegare report)		documentazione interna
		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	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		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)		documentazione interna
		3.5	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema SOVRACUP regionale	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
		3.6	Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		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)		documentazione interna
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	10	SI	SI (allegare piano)		documentazione interna
		4.2	Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
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)		documentazione interna
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

<b>Dipartimento Cure Primarie UOC Medicina legale e fiscale</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	100%	>=90%		documentazione interna
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	40	542/542 100%	>=90%		documentazione interna
5	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	5.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

<b>Dipartimento Cure Primarie UOC Cronicità e percorsi assistenziali</b>								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Avviare processi di presa in carico della cronicità attraverso relazioni operative con i Dipartimenti Ospedalieri al fine di razionalizzare e migliorare i percorsi integrati tra Ospedale e territorio assicurando la continuità di cura.	3.1	Coinvolgimento di tutti i Dipartimenti ospedalieri aziendali per razionalizzare e migliorare i percorsi integrati tra ospedale e territorio	45		Si (allegare relazione)		documentazione interna
4	Implementare i processi di miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali per il rispetto dei tempi di attesa collaborando alla riduzione dei tempi di ricovero ed al sovraffollamento dei Pronto Soccorso	4.1	Interventi sulle liste d'attesa (agenda informatizzata) e controllo appropriatezza prescrittiva di concerto con l'U.O.C. Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna	40		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	5.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1		sistema informatico aziendale e documentazione interna
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	Realizzazione dell'intervento 3.3 B- Liquidazione delle indennità previste per la disabilità con le modalità e nei termini previsti dalle Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	20		100%		documentazione interna e delibere di liquidazione distrettuali
5	Monitoraggio accessi vascolari	5.1	Numero accessi vascolari venosi gestiti a domicilio nel 2023/N. medio accessi vascolari venosi gestiti a domicilio nel biennio 2020-2021	15		≥3%		documentazione interna
6.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	UOC Assistenza riabilitativa territoriale	15	100%	100%		scheda uoc
		6.2	UOC UOC Integrazione socio-sanitaria	15	100%	100%		scheda uoc
		6.3	UOC Assistenza socio-sanitaria demenze - Centro di riferimento regionale per le demenze	15	attiva solo da dicembre	100%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria UOC Assistenza riabilitativa territoriale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	100%	100%		documentazione interna
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	11/15 73%	>=70%		documentazione interna
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	SI (allegare relazione)		documentazione interna
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si	Si (allegare report e relazione)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria UOC Integrazione socio-sanitaria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	6.684/7.963 84%	>= 70%		documentazione interna UOC ed UOS Flusso Siad e ARS
		3.2	N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2022 / dato medio biennio 2020-2021	15	17.014/16.171 105%	>= 5%		documentazione interna UOC ed UOS Flusso Siad e ARS
		3.3	N. Pazienti assistiti in Cure Palliative nel 2023/dato medio biennio 2020-2021	15		>=3%		documentazione interna UOC ed UOS Flusso Siad
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	15	641/1.141 56%	>= 30%		documentazione interna UOC ed UOS Flusso Siad e ARS
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 2022	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna UOC ed UOC Sviluppo dei progetti Sanitari
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	100%	100%		documentazione interna UOC
		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	15.991/19.993 80%	>=50%		documentazione interna UOC
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	Si (allegare report e relazione)		documentazione interna UOC ed UOS Flusso Siad
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

<b>Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria UOC Assistenza socio-sanitaria demenze</b>								<b>PUNTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	
1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	3.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMASTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15		>80%		documentazione interna
		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)		documentazione interna
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%		documentazione interna
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)		documentazione interna
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5		SI (report e relazione)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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)		documentazione interna
		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)		documentazione interna
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)		documentazione interna
		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)		documentazione interna
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)		documentazione interna
		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	6.231/6.231 100%	100%		documentazione interna
		5.3	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	nessuna indicazione dall'Assessorato	Si (allegare relazione)		documentazione interna
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	126 332 37,95%	Si (allegare report)		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

## Dipartimento Risorse Umane

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione Dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione Dipartimento
3	Attestazione annuale sulla esaustiva e completezza dell'elenco dei "Consulenti/Collaboratori" pubblicato sul sito aziendale- Portale Dipartimento Funzione Pubblica (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	3.1	Attività di pubblicazione ed aggiornamento dell'elenco dei Consulenti/Collaboratori	2		100% (allegare report e relazione )		documentazione Dipartimento
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	3	≤ 1	≤ 1		
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		
6	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane	20	100%	100%		
		6.2	UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali	20	100%	100%		
		6.3	UOC Affari generali e convenzioni	20	100%	100%		
		6.4	UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI	20	100%	100%		
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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%	100% (allegare report e relazione )		documentazione UOC
4	Revisione regolamento aziendale per la disciplina del rapporto di lavoro a tempo parziale e ad impegno ridotto	4.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	25		SI (allegare relazione )		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
5	Regolamento attribuzione "differenziali economici di professionalità"(in condivisione con l'UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali)	5.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	25		SI (allegare relazione )		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
6	Regolamento affidamento, conferma e revoca degli incarichi di posizione, di funzione organizzativa e di funzione professionale del comparto (in condivisione con l'UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali)	6.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	30		SI (allegare relazione )		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		Rendiconto analitico consuntivo 2023
4	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)	4.1	<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%		applicativo flussi e documentazione UOC
		4.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	10	Si	SI (allegare relazione e report )		applicativo flussi e documentazione UOC
5	Flusso Personale Dipendente: Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - 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 (allegare relazione e report )		applicativo flussi e documentazione UOC
6	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)	6.1	Coerenza monitoraggio trimestrale con le risultanze del flusso: 0% delta non giustificato tra unità di personale rilevate nella Tabella D.1.2 e dal Flusso per ogni trimestre	10	Si	SI (allegare relazione e report )		applicativo flussi e documentazione UOC

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	Fonte UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Contenimento della spesa per il personale (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a1 e 3a2)	7.1	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)		Applicativo gestionale stipendi
		7.2	Relazione relativa al Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del Dl. 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato	20	Si	Si (allegare relazione)		Applicativo gestionale stipendi
8	Regolamento attribuzione "differenziali economici di professionalità" (in condivisione con l'UOC Stato giuridico programmazione e acquisizione risorse umane)	8.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	5		Si (allegare relazione)		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
9	Regolamento affidamento, conferma e revoca degli incarichi di posizione, di funzione organizzativa e di funzione professionale del comparto (in condivisione con l'UOC Stato giuridico programmazione e acquisizione risorse umane)	9.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	5		Si (allegare relazione)		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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	14/14 100%	100%		Nota trasmissione proposta a Direzione Strategica
		3.2	N. provvedimenti/determine di convenzionamento con vari Enti per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori per i rischi derivanti da agenti fisici, chimici, biologici ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 predisposti entro 30 gg. dalla richiesta / N. richieste di convenzionamento da parte degli Enti/Dipartimenti Regionali etc..	40	20/20 100%	100%		Sito aziendale - Convenzioni
4	Regolamento per la procedura di stipula e/o rinnovo convenzioni con strutture accreditate per la gestione di CTA, CT, RSA, Centri Riabilitazione ex art. 26 L.n. n.833/78 etc...	4.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	20	SI	SI		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Risorse Umane: UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		Rendiconto analitico consuntivo 2023
4	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)	4.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	15	15/15=100%	100%		applicativo flussi e documentazione UOC
		4.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	15	Si	Si		applicativo flussi e documentazione UOC
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.	20	Si	Si		applicativo flussi e documentazione UOC
6	Rispetto della tempistica delle attività di competenza	6.1	Rispetto dei termini di liquidazione degli emolumenti in favore del personale convenzionato entro il 27 di ogni mese	20		Si (allegare report e relazione )		Determina mensile di liquidazione
7	Controllo formale provvedimenti	7.1	N. proposte di delibera relative all'attività del personale convenzionato controllate / N. proposte di delibera relative all'attività del personale convenzionato pervenute dalle macrostrutture aziendali	15		100%		Note trasmissione proposte a Direzione Strategica
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione Dipartimento
2	Digitalizzazione dell'attività di rilevazione, attuazione di misure programmate, valutazione del rischio e relative attività di monitoraggio (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )(UOC Gestione Informatica aziendale)	2.1	Verifica del livello di digitalizzazione e monitoraggio delle attività di rilevazione, attuazione di misure programmate e valutazione del rischio	2		SI (Allegare relazione e Report)		documentazione Dipartimento e UOC Gestione Informatica aziendale
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione Dipartimento
4	Informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente"(assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )(UOC Gestione Informatica aziendale)	4.1	Attività di informatizzazione dei flussi	2		SI (Allegare relazione e Report)		documentazione Dipartimento
5	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	5.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		applicativo aziendale
6	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) (UOC Gestione Informatica aziendale)	6.1	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	10	19,71%	> 10%		piattaforma informatica
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Revisione o aggiornamento regolamenti PAC aree interessate	15	SI	SI (allegare documentazione)		documentazione Dipartimento
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	6	SI	SI		documentazione Dipartimento
9	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	9.1	Bilancio e programmazione (UOC)	10	100%	100%		scheda uoc
		9.2	Gestione del patrimonio (UOC)	10	100%	100%		scheda uoc
		9.3	Progettazione e manutenzione (UOC)	10	100%	100%		scheda uoc
		9.4	Approvvigionamenti (UOC)	10	100%	100%		scheda uoc
		9.5	Gestione informatica aziendale (UOC)	10		100%		scheda uoc
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Bilancio e programmazione								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		applicativo aziendale
4	Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	4.1	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2023 secondo le direttive dell'Assessorato Regionale della Salute	10	SI	SI (allegare report)		documentazione UOC
		4.2	Predisposizione del bilancio consuntivo 2022 entro la scadenza prevista dalla normativa regionale vigente	10	SI	SI (allegare report)		documentazione UOC
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)		documentazione UOC
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	76.161/76.161 100%	≥ 95%		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		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)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
7	Incremento incasso sui crediti	7.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2022	5	23%	> = 10%		documentazione UOC ed applicativo aziendale
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)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
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)		documentazione UOC
		9.2	Creazione e movimentazione conti dedicati alle manutenzioni straordinarie (Mappare e capitalizzare le manutenzioni straordinarie - Azione PAC D6.1 - D6.3)	5		SI (allegare relazione)		documentazione UOC
		9.4	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	3				documentazione UOC
10	Parificazione e/o verifica casse economali e casse ticket	10.1	Verifiche casse ticket ed economali nella misura di almeno il 50% nel corso dell'anno	3	SI	SI (allegare report)		documentazione UOC
11	verifica utilizzo fondi PNRR	11.1	predisposizione di report per le singole progettualità	5		≥ 50%		documentazione UOC
12	Monitoraggio spesa Covid	12.1	predisposizione CE Covid	5		SI (allegare report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	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)		piattaforma informatica
		13.2	Predisposizione del modello SP entro la scadenza prevista dalle normative vigenti	4	SI	SI (allegare report)		piattaforma informatica
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali:  
UOC Gestione del patrimonio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		applicativo aziendale
4	Regolarizzazione catastale degli immobili	4.1	Regolarizzazione catastale degli immobili di cui agli elenchi "A1 e "C1"	25		Si (allegare relazione e report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Avvio attività di ricognizione straordinaria dei cespiti aziendali ai fini dell'implementazione del libro cespiti informatizzato in collaborazione con la Società Municipia Spa. (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)	25		Si (allegare relazione e report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		5.2	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%		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		5.3	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)	25		Si (allegare relazione e report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		5.4	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 (allegare relazione)		documentazione UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali:  
UOC Progettazione e manutenzione**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici e modalità di selezione del personale assegnatario	2		SI (Allegare relazione)		documentazione UOC
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione UOC
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2		SI (Allegare relazione e Report)		documentazione UOC
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		applicativo aziendale
7	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	7.1	Avvio Procedure di individuazione del Contraente per l'assegnazione degli appalti di manutenzione degli immobili ASP tramite Accordo Quadro ai sensi dell'art. 54 del Decreto Leg.vo 50/2016	5		SI (allegare report di confronto 2021-2022)		documentazione UOC
		7.2	Riduzione proroghe in essere al 31/12/2023	5	giustificato	SI (allegare report di confronto 2021-2022)		documentazione UOC
		7.3	Riduzione delle procedure d'acquisto in urgenza che derivano da un difetto di programmazione rispetto al 2022	5	giustificato	SI (allegare report di confronto 2021-2022)		documentazione UOC
		7.4	Relazione complessiva sull'obiettivo	5	giustificato	SI (allegare relazione)		documentazione UOC

**Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali:  
UOC Progettazione e manutenzione**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
8	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	8.1	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 database fornitori/professionisti e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10		100%		documentazione UOC e piattaforma informatica
		8.2	gestione contratti su registro repertorio informatizzato: caricamento contratti a sistema sul software e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10	>=90%	>=90%		documentazione UOC e piattaforma informatica
		8.3	Regolamento incentivi per funzioni tecniche: adozione e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10	100%	100%		documentazione UOC
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	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.	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione UOC
10	Proposta delibera di aggiudicazione dei lavori di adeguamento antincendio del P.O. S. Cimino di Termini Imerese	10.1	Delibera di aggiudicazione dell'appalto	5		100%		documentazione UOC
11	Approvazione del piano di verifica della vulnerabilità sismica	11.1	Delibera di approvazione definitiva del piano di verifica della vulnerabilità sismica	5		100%		documentazione UOC
12	Completamento progettazione definitiva realizzazione reparti di degenza e di terapia subintensiva al II piano del P.O. di Petralia	12.1	Delibera di approvazione del progetto definitivo di realizzazione reparti di degenza e di terapia subintensiva al II piano del P.O. di Petralia	5		100%		documentazione UOC
13	Realizzazione di opere in c.a. nello specifico paratie, a sostegno del pendio layerale e di quello prospiciente l'ingresso, al centro Lega del Filo d'Oro di Termini Imerese.	13.1	Verbale di collaudo	4		100%		documentazione UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici e modalità di selezione del personale assegnatario	2		SI (Allegare relazione)		documentazione UOC
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione UOC
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all. to n. 9)	2		SI (Allegare relazione e Report)		documentazione UOC
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	61	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		applicativo aziendale
7	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	7.1	Affidamento forniture di beni e servizi sotto soglia relative all'emergenza Covid-19 da concludere: a) in caso di affidamento diretto: entro 30 giorni dalla ricezione della richiesta debitamente compilata e completa di tutti i dati necessari a cura del Dipartimento richiedente; b) in caso di RDO: entro 60 giorni dalla ricezione della richiesta debitamente compilata e completa di tutti i dati necessari a cura del Dipartimento richiedente.	5		SI (allegare report di confronto 2021-2022)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.2	Riduzione delle procedure di acquisto in urgenza rispetto al 2021 che derivano da un difetto di programmazione rispetto al Piano biennale degli acquisti adottato con delibera n. 666 del 06/11/2022 dovuto ad esigenze non programmabili ed impreviste e previa autorizzazione da parte della Direzione Strategica per le dovute modifiche al Piano	5		SI (allegare report di confronto 2021-2022)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.3	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%		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.4	Gestione contratti sul registro informatizzato: caricamento contratti sul software e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10	1098 contratti 100%	90%		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.5	Redazione nuovo Regolamento acquisti di beni e servizi ed invio alla Direzione Strategica per l'adozione	10		100%		documentazione UOC
		7.6	Relazione complessiva sull'obiettivo	5		SI (allegare relazione)		documentazione UOC
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 in riferimento al numero di ordini NSO di pertinenza della UOC emessi a fronte delle relative delibere/determine adottate	5	100%	100% (allegare report e relazione )		documentazione UOC e piattaforma informatica

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	Applicazione della procedura relativa al Piano degli Investimenti (Definizione del PIANO degli INVESTIMENTI biennale a scorrimento annuale - Azione PAC D4.1, D4.3, D4.5) - adottata con Delibera n. 1525 del 04/10/2022	8		Si (allegare relazione)		
		9.2	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)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		9.3	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)		documentazione UOC
		9.4	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)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		9.5	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 (allegare relazione)		documentazione UOC e piattaforma informatica
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, dei Flussi ministeriali e dei Flussi Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità definita dalla normativa vigente - D.A. 30/05/2008 - e trasmissione degli stessi alla UOS Sis nel rispetto delle tempistiche indicate nel suddetto decreto e nei singoli disciplinari	5		Si (allegare report e relazione)		documentazione UOC e piattaforma informatica
11	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	11.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		Si (allegare report e relazione)		documentazione interna
12	Processi di ottimizzazione dei tempi di liquidazione fatture	12.1	Liquidazione fatture elettroniche inviate dall'UOC competente e relative agli ordini NSO di pertinenza della UOC Approvvigionamenti (emessi a fronte delle relative delibere/determine adottate) da effettuarsi entro 50 giorni dal ricevimento delle stesse.	10		Si (allegare report e relazione)		documentazione UOC e piattaforma informatica
				<b>100</b>				

**Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali:  
UOC Gestione informatica aziendale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Digitalizzazione dell'attività di rilevazione, attuazione di misure programmate, valutazione del rischio e relative attività di monitoraggio (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )(UOC Gestione Informatica aziendale)	2.1	Verifica del livello di digitalizzazione e monitoraggio delle attività di rilevazione, attuazione di misure programmate e valutazione del rischio	20		SI (Allegare relazione e Report)		documentazione UOC
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
4	Informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente"(assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )(UOC Gestione Informatica aziendale)	4.1	Attività di informatizzazione dei flussi	20		SI (Allegare relazione e Report)		documentazione UOC
5	PNRR- missione 6 C2 1.1. Digitalizzazione Dea di 1 livello	5.1	% dei progetti di pnrr AVVIATI legati alla digitalizzazione dei Dea di 1 livello	50		>20%		documentazione UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

## Distretti

<b>Valore atteso 80%</b>	
<b>Indicatore 1</b>	<b>% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità</b>
<b>Razionale e descrizione</b>	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. 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.
<b>Numeratore</b>	I pazienti che ricevono una documentato intervento di empowerment per per l'autogestione della propria condizione
<b>Denominatore</b>	Pazienti con patologie croniche target (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale.
<b>Fonte dei dati</b>	Cartella clinica ambulatoriale. Interviste, gruppi di lavoro, interventi di Educazione alla Salute
<b>Stratificazione</b>	Ambulatori età , sesso, tipologia di malattie croniche
<b>Note</b>	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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FOONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	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)	5.1	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	3/3 100% 1) 102/102 2) 102/103 3) 102/102	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	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	24/24 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	15707/24=654	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	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)	7.1	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	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.3	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	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
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	8	185	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	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	215/215 100%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	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	185/185 100%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		11.3	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%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Gestione salme positive al COVID 19	14.1	1) presa visione della documentazione attestante la positività della salma; 2) verifica isolamento della salma; 3) trasmissione documentazione UOC medicina legale per implementazione sito ministeriale.	10		100%		Medicina Legale distrettuale
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2				documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	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)	5.1	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	3/3 100% 1) 126/126 2) 97/97 3) 126/130	>=90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	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	3	90%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Servizio Informatico Aziendale
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	3	>120	>130		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
7	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)	7.1	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	5	SI	SI (allegare relazione)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
		7.3	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	5	SI	SI (allegare relazione)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	no causa covid	SI (allegare relazione)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
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	179	SI (allegare relazione)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	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	100%	>=80%		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	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 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	163/163 100%	>=90%		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
		11.3	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%		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		Piattaforma informatizzata
13	Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	13.1	Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalle Direttive Assessoriali : tempestivo pagamento del 100%	5		100%		Distretto n. 34 Carini
		13.2	Valutazione richieste di ADI : n. di valutazioni di ADI effettuate entro 3 giorni lavorativi /su n. totale di richieste di ADI pervenute.	4		>=80%		
14	Provvedimenti del Direttore del Distretto	14..1	Determine e provvedimenti di liquidazione: n. di determine e provvedimenti di liquidazione pubblicati sul sito aziendale della Trasparenza entro tre giorni lavorativi dall'adozione/n. totale di determine e provvedimenti di liquidazione adottati	4		100%		Distretto n. 34 Carini
15	Trasporto pazienti dializzati	15.1	Autorizzazione al trasporto dei pazienti dializzati: n. autorizzazioni al trasporto dei pazienti dializzati rilasciate entro 2 giorni lavorativi dalla presentazione dell'istanza / n. totale di nuove istanze pervenute	4		>=90%		Distretto n. 34 Carini
16	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	16.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2				documentazione interna
17	Esenzioni per patologia	17.1	Rilascio attestato di esenzione per patologia: n. di attestati di esenzione per patologia rilasciati entro 3 giorni lavorativi /n. totale di richieste pervenute	3		>=90%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2				documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	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)	5.1	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) 38/38 2) 38/38 3) 38/38 100%	>=90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	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	24/24 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	3.945/24=164	>120 (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
7	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)	7.1	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	5	SI	SI (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
		7.3	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	5	SI	SI (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		U.O. Aziendale Screening Oncologici
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	31	SI (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	D.M. 130/138 Scomp.Card.75/86 BPCO 87/90 92,5%	>=80%		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	D.M. 468/498 Scomp.Card.37/41 92%	>=90%		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		Dati rilevati dall' UO. Socio-S. e Riabilitazione
		11.3	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	41/41 100%	100%		Dati rilevati dall' UO. Socio-S. e Riabilitazione
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		Piattaforma informatizzata
13	Realizzare un percorso integrato tra i reparti del P.O. di Petralia , l'area emergenziale e l' U.O.S.-S. e Riabilitativa attraverso il raccordo del personale PUA territoriale e ospedaliero	13.1	Azzeramento al 100% delle dimissioni non protette garantendo continuità assistenziale senza soluzione di continuità nelle cure	2		100%		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
14	Ottimizzare i trattamenti riabilitativi, sanitari e sociali sia in ambito residenziale che domiciliare per i soggetti fragili individuati, migliorando il quadro valutativo individuale	14.1	N. schede somministrate (scheda sulla fragilità di Fried del 2004 – Caroline Fraily index di Fey) sui 100 pazienti del campione	3		100%		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
15	Prevenzione delle polmoniti ab ingestis e sue complicanze conseguenti a "disfagia" in soggetti ISTITUZIONALIZZATI	15.1	N. visite logopediche /N,pazienti istituzionalizzati	3		100%		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
16	Attivare percorsi riabilitativi da integrare con il trattamento fisioterapico per migliorare la Q.d.V. dei pz., mantenerne l'autosufficienza e sviluppare le loro competenze socio-relazionali	16.1	Istituire laboratori di lettura assistita, lavori creativi (disegno, ecc.), garden therapy	2		SI (allegare relazione)		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
17	Migliorare la qualità dell'accoglienza dei visitatori/ospiti in RSA	17.1	Allestimento saletta che risponde ai criteri di privacy, Realizzare un opuscolo sui servizi erogati dalla struttura, Predisporre una cassetta per la raccolta di comunicazioni anonime ad uso degli utenti e dei pazienti, Elaborare un questionario di gradimento e predisporre uno spazio per l'autosomministrazione anonima dello stesso.	2		SI (allegare relazione)		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
18	Gestione salme positive al COVID 19	18.1	1) presa visione della documentazione attestante la positività della salma; 2) verifica isolamento della salma; 3) trasmissione documentazione UOC medicina legale per implementazione sito ministeriale.	3		SI (allegare relazione)		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
19	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	19.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
20	Realizzazione screening scolastici (Visivo, odontoiatrico, auxologico, ortopedico) presso gli Istituti Comprensivi ricadenti nel Distretto35	20.1	N. classi target screenate/ totale classi target degli Istituti Comprensivi del Distretto 35	3		100%		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Distretto Sanitario n.36 Misilmeri (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Rendiconto annuale Sistema C4H
5	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)	5.1	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) 55/55 2) 55/55 3) 55/55 100%	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Registro delle prestazioni specialistiche effettuate sottoscritte dallo specialista di competenza
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	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	29/36 80,5%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati forniti da U.O.Specialistica ambulatoriale interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	> 120	>120 (allegare relazione)		Dati forniti da U.O.Specialistica ambulatoriale interna
7	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)	7.1	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	5	Si	SI (allegare relazione)		Dati forniti da U.O.Specialistica ambulatoriale interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		Dati forniti da U.O.Specialistica ambulatoriale interna
		7.3	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	SI (allegare relazione)		Dati forniti da U.O.Specialistica ambulatoriale interna

8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		U.O. Aziendale Screening Oncologici
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	10	56/56 100%	SI (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	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. 256/256 Scomp.Card. 139/139 BPCO 19/19 100%	>=80%		U.O. Specialistica Ambulatoriale Interna
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	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	320/337 95%	>=90%		U.O. Specialistica Ambulatoriale Interna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		Determine del Direttore del Distretto
		11.3	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%	8	100%	100%		Determine del Direttore del Distretto
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	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)	5.1	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)283/283 2) 283/283 3) 283/283 100%	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	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	29/30 97%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	>120	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	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)	7.1	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	8	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.3	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	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	no giustificato	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria

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	10	6	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	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")	8	D.M. 41/41 BPCO 87/87 Scm.Car. 14/14 100%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	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	55/55 100%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		11.3	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%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Gestione salme positive al COVID 19	14.1	1) presa visione della documentazione attestante la positività della salma; 2) verifica isolamento della salma; 3) trasmissione documentazione UOC medicina legale per implementazione sito ministeriale.	5		100%		Medicina Legale distrettuale
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	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)	5.1	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	6/6 100% 1)156/156 2)156/156 3)156/156	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	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	30/30 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	14322/30=477	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	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)	7.1	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)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.3	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	5	Si	Si (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	Si	Si (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
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	8	39 causa covid	Si (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	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")	8	90%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	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	680/680 100%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		11.3	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%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Emergenza Covid. 19	14.1	Effettuazione Tamponi Antigenici e Molecolari di arruolate e richiesti numero tamponi richiesti su numero tamponi effettuali	5		100%		documentazione interna
		14.2	Numero di visite domiciliari riteeste ed effettuate con prescrizione antivirale	5		100%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	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)	5.1	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) 217/217 2) 217/217 3) 213/217 99,38%	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	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	41/42 97,62%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	18.812/42=448	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	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)	7.1	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)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.3	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	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
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	8	168	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	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. 82/82 Sc.Card.25/25 BPCO 96/96 100%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	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. 30/30 Sc.Card. 19/19 100%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna	
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale	
		11.3	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%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna	
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata	
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna	
14	Gestione salme positive al COVID 19	14.1	1) presa visione della documentazione attestante la positività della salma; 2) verifica isolamento della salma; 3) trasmissione documentazione UOC medicina legale per implementazione sito ministeriale.	8		100%		Medicina Legale distrettuale	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>					

Distretto Sanitario n. 40 Corleone (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	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)	5.1	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	10	5/5 1) 127/127 2) 127/127 3) 126/126 100%	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	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	10	32/34 94%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	8	16124/32=503	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	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	7.1	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	10	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	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	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna

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	28 causa covid	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
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")	8	469/469 100%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC
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	683/723 94,47%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		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	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		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%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
11	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	11.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	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)	5.1	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	8	1/1 1) 32/32 2) 149/149 3) 124/124 100%	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	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	73/77 95%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	>120	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	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)	7.1	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)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.3	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	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Socio Sanitaria
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	10	67	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	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")	8	53/53 100%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	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	241/241 100%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		11.3	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%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
11	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	11.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
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	4	24/24 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	4	15707/24=654	>120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
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)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		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	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
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	5	185	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	215/215 100%	>=80%		Dati da Ambulatorio infermieristico PTA [Casa della Comunità]
		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	185/185 100%	>=90%		Dati da Registro Cronici

10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	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	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		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%		Dati da Uff. Disabili gravissimi
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
12	Definizione attività UCA in ambito Covid 19, nelle more dell'implementazione e sviluppo attività prevista dal DM 77/2023 (Standard strutturali ed organizzativi dell'assistenza territoriale)	12.1	N. vaccinazioni domiciliari anti-covid 19 effettuate entro 5 gg. dalla prenotazione / N. prenotazioni nel periodo	8		≥ 70%		Dati da data base covid
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	14.1	UOC PTA "Biondo"	3	100%	100%	100%	
		14.2	UOC PTA "Casa del Sole"	3	100%	100%	100%	
		14.3	UOC PTA "E. Albanese"	3	100%	100%	100%	
		14.4	UOC PTA "Guadagna"	3	100%	100%	100%	
		14.5	UOC PTA "Centro"	3	100%	100%	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OF DATA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione PTA
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc $\geq$ 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	3/3 1) 318/318 2) 267/267 3) 299/301 99,33%	$\geq$ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati da sistema gestionale specialisti
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	46/46 100%	$\geq$ valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati da UOC Specialistica interna/esterna e dati da PTA [Casa della Comunità]
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	16252/46 353	$>$ 120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
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	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		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	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
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	630/630 100%	$\geq$ 80%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
7	Riorganizzazione e ri-avvio delle attività ambulatoriali specialistiche dopo la fine dello stato di emergenza covid 19	7.1	N. prestazioni prenotate / N. dei pazienti che accedono al servizio CUP (richieste al CUP) Questo indicatore vuole evidenziare il lavoro di riavvio delle attività ambulatoriali con la percentuale di soddisfazione della domanda di prestazioni specialistiche che durante l'emergenza covid aveva subito un arresto.	10		$\geq$ 75%		Dati sistema Hero - Coordi. CUP - operatori CUP
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OF DATA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione PTA
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	2/2 100% 1) 135/135 2) 135/135 3) 130/135 98,77%	>= 80% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati da sistema gestionale specialisti
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	20/20 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati da UOC Specialistica interna/esterna e dati da PTA [Casa della Comunità]
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	12882/20 =644	>120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
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	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		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	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
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	non attivo	>=80%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
7	Riorganizzazione e ri-avvio delle attività ambulatoriali specialistiche dopo la fine dello stato di emergenza covid 19	7.1	N. prestazioni prenotate / N. dei pazienti che accedono al servizio CUP (richieste al CUP) Questo indicatore vuole evidenziare il lavoro di riavvio delle attività ambulatoriali con la percentuale di soddisfazione della domanda di prestazioni specialistiche che durante l'emergenza covid aveva subito un arresto.	10		≥ 75%		Dati sistema Hero - Coordi. CUP - operatori CUP
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione PTA
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	2/4 1) 148/148 2) 148/148 3) 148/148 100%	>= 80% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati da sistema gestionale specialisti
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%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati da UOC Specialistica interna/esterna e dati da PTA [Casa della Comunità]
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	699	>120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
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	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		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	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
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	406/507 80%	>=80%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
7	Riorganizzazione e ri-avvio delle attività ambulatoriali specialistiche dopo la fine dello stato di emergenza covid 19	7.1	N. prestazioni prenotate / N. dei pazienti che accedono al servizio CUP (richieste al CUP) Questo indicatore vuole evidenziare il lavoro di riavvio delle attività ambulatoriali con la percentuale di soddisfazione della domanda di prestazioni specialistiche che durante l'emergenza covid aveva subito un arresto.	10		≥ 75%		Dati sistema Hero - Coordi. CUP - operatori CUP
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Guadagna"								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FOONTE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione PTA
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	1/1 100% 1) 60/60 2) 60/60 3) 60/60	>= 80% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati da sistema gestionale specialisti
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	25/25 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati da UOC Specialistica interna/esterna e dati da PTA [Casa della Comunità]
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	18824/25=753	>120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
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	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		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	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
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	800/800 100%	>=80%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
7	Riorganizzazione e ri-avvio delle attività ambulatoriali specialistiche dopo la fine dello stato di emergenza covid 19	7.1	N. prestazioni prenotate / N. dei pazienti che accedono al servizio CUP (richieste al CUP) Questo indicatore vuole evidenziare il lavoro di riavvio delle attività ambulatoriali con la percentuale di soddisfazione della domanda di prestazioni specialistiche che durante l'emergenza covid aveva subito un arresto.	10		≥ 75%		Dati sistema Hero - Coordi. CUP - operatori CUP
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Centro"								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione PTA
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc $\geq$ 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	4/4 1) 164/164 2) 164/164 3) 164/16499,33%	$\geq$ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati da sistema gestionale specialisti
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%	$\geq$ valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati da UOC Specialistica interna/esterna e dati da PTA [Casa della Comunità]
		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	>120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
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	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		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	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
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%	$\geq$ 80%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
7	Riorganizzazione e ri-avvio delle attività ambulatoriali specialistiche dopo la fine dello stato di emergenza covid 19	7.1	N. prestazioni prenotate / N. dei pazienti che accedono al servizio CUP (richieste al CUP) Questo indicatore vuole evidenziare il lavoro di riavvio delle attività ambulatoriali con la percentuale di soddisfazione della domanda di prestazioni specialistiche che durante l'emergenza covid aveva subito un arresto.	10		$\geq$ 75%		Dati sistema Hero - Coordi. CUP - operatori CUP
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**area 1**  
**UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali**

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici e modalità di selezione del personale assegnatario	2		SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2		SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	≤ 1	I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.

**area 1**  
**UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali**

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Collocazione in fuori uso di tutti i beni non più utilizzabili assegnati ai due presidi ospedalieri ed alla Struttura UOC Coordinamento Amministrativo Area 1- in modo da rendere gli spazi in dotazione pienamente funzionanti alle esigenze aziendali	7.1	Richieste fuori uso delle Strutture interessate in rapporto ai verbali fuori uso effettuati	25		SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
8	Dematerializzazione dei processi relativi alla gestione	8.1	Attivazione del sistema di archiviazione "condivisa"- per la gestione delle pratiche di "autorizzazione incarichi extra officium"; "ammissione benefici legge 104/1992" "istanze di pensionamento".	27		SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
9	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	9.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure PAC e eventuale attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	25	SI	SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

area 2 UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici e modalità di selezione del personale assegnatario	2		SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2		SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.

area 2 UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
7	Acquisizione di beni e servizi	7.1	Espletamento dell'attività di coordinamento delle gare di beni cui il Provveditorato autorizza ad espletare nelle more di aggiudicazioni aziendali.	30		SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
8	Sicurezza sul lavoro	8.1	Numero di dipendenti partecipanti ai corsi di formazione superiore al 50% rispetto al numero di dipendenti in servizio	20		SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	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.	23	SI	SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
10	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	10.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (Allegare relazione)		documentazione interna
11	Gestione personale Co.Co.Co. E libero professionale assunto con l'emergenza Covid 19	11.1	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.	4		SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**area 3**  
**UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	PONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEL DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici e modalità di selezione del personale assegnatario	2		SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all.to n. 9)	2		SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti amministrativi.

**area 3**  
**UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	PONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEL DATI
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
7	Acquisto di beni e servizi, fatte salve le gare centralizzate (CUC e/o di Bacino), esclusivamente attraverso procedure CONSIP e Me.PA., per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno rappresentato dalle UU.OO.CC. richiedenti.	7.1	Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi (monitoraggio aziendale e relazione).	30		SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
8	Rispetto della normativa vigente e dei termini previsti, decorrenti dall'istanza del richiedente (dipendente P.O. Ingrassia, P.O. Villa delle Ginestre) per il riconoscimento dei benefici ex L. 104/1992, D.lgs. 151/2001, L. 388/2000, art. 80, collocamento riposo anticipato, pensioni privilegiate, cessazione per dimissioni.	8.1	Monitoraggio aziendale rispetto termini procedurali: N. progressivo proposta determina / n. progressivo determina adottata direttamente dalla Direzione amministrativa	24		100%		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
9	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	9.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (Allegare relazione)		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	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.	23	SI	SI (Allegare relazione e Report)		I dati e le informazioni saranno acquisiti dai documenti contabili amministrativi.
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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  
UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEL DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 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) <i>NB. Obiettivo subordinato alla organizzazione di corsi aziendali da parte della U.O. Formazione</i>	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna
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)		documentazione interna
		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	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5	SI	Si (allegare report)		documentazione interna
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 (parziale per covid)	Si (allegare relazione)		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEL DATI
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 nessuna segnalazione	Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)		documentazione interna
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	14/66=21,21% 1270/14=90,14	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
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 - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	no causa covid	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
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	2/2 100%	>=70%		documentazione interna
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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		Si (allegare relazione)		documentazione interna
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	3	SI	Si		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5	90%	>=90%		documentazione interna
		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	90%	>=90%		documentazione interna
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	90%	>=90%		documentazione interna
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	100%	100%		documentazione interna
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%		documentazione interna
		6.2	n. di soggetti diabetici post Covid sottoposti ad almeno 2 valutazioni annuali / n. di soggetti diabetici che entrano nel PDTA post Covid	4		>=60%		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	4	13,76	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna
		7.2	UOS Lungodegenti POCorleone: Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	4	23,50	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
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 UUOCCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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 UUOCCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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	91%	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		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 UUOCCC di area medica coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2023 e implementazione entro il 30/11/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si		documentazione interna
9	Miglioramento oragnizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	40%	>=25%		documentazione interna
		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	1,26	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4	1,5	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		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%	100 %		documentazione interna
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	60%	>=50%		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
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	15/15 100% giugno-dicembre	>=90%		documentazione interna
		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	14/14 100% giugno - dicembre	>=90%		documentazione interna
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	10	giustificato	100%		documentazione interna
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	10	7,60	DM 2022 - 2 gg		documentazione interna
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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI giustificato	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI giustificato	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.4	n.di pazienti con scompenso cardiaco ai quali venga dosata BNP all'atto del ricovero e in dimissione	5		100 %		documentazione interna
		6.5	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive	5		SI (allegare relazione)		documentazione interna

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate: Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo	4	giustificato	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022		documentazione interna
		7.2	Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	4	100%	100 %		documentazione interna
		7.3	Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12: n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	< 50%	>=50%		documentazione interna
8	Miglioramento dell'empowerment del paziente	8	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	70/70 100%	>=80%		documentazione interna
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	10.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>Totale peso</b>				<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	Fonte UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
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	5		100%		documentazione interna
4	Miglioramento dell'empowerment del paziente	4.1	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 (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%		documentazione interna
5	Mantenimento dei livelli di attività	5.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	5	0,98	>=95%		documentazione interna
		5.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	5	9,27	<=105%		documentazione interna
		5.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023/ DM 2022	5	6,15	>=95%		documentazione interna
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Presa in carico dei soggetti con diabete mellito (sia di tipo 1 che di tipo 2) valutati all'interno del PDTA dei pazienti post-COVID Prima rendicontazione entro il 30/06/2023 e report finale il 30/11/2023	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per l'utilizzo dei dispositivi di erogazione di insulina (penne) in reparto di degenza di Medicina e Diabetologia Prima rendicontazione entro il 30/06/2023 e report finale il 30/11/2023	5	Sì	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		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	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		6.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le UU.OO Di Diabetologia e Ginecologia del PO Civico di Partinico per la gestione congiunta del diabete gestazionale. Elaborazione entro il 30/06/2023 ed implementazione entro il 30/09/2023	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.5	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di area medica, di area chirurgica e di emergenza per il triage del piede diabetico e corretto inquadramento secondo intensità di cura nell'80% dei pazienti che accedono in PS o in ambulatorio entro 24h dalla valutazione. Le UUOOC coinvolte saranno coordinate dalla UOSD Malattie endocrine e del metabolismo "Piede Diabetico" e dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 ed implementazione entro il 30/09/2023	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.6	Elaborazione di un percorso aziendale diagnostico-terapeutico assistenziale per la gestione del piede diabetico all'interno della ASP Palermo da parte della UOSD Malattie endocrine e del metabolismo "piede Diabetico"	4		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.7	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	4	Sì	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.8	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	4	Sì	Sì		documentazione interna

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
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	4	>30%	>=25%		documentazione interna
		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	4	6,5	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4	1,5	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		7.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4	100 %	100 %		documentazione interna
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	65 %	>=50%		documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	9.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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.

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna
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	SI (allegare relazione)		documentazione interna
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)		documentazione interna
		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	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica)  <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
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)		documentazione interna
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 10/10 100% 129	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UO CCure primarie)		documentazione interna
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	101	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
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%		documentazione interna
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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	3	SI	SI		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	33/33 100%	>=90%		documentazione interna
		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	29/33 87,87%	>=90%		documentazione interna
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	5	2/2 100%	>=90%		documentazione interna
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	15/18 83,33%	>=90%		documentazione interna
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	0	100%		documentazione interna
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	59/61 96,72%	>=80%		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022- 1 gg	4	11,73	DM 2022 - 1 gg		documentazione interna
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>	4		>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		8.2	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	4		Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si		documentazione interna

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	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	81/405 20%	>=5%		documentazione interna
		9.2	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): 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	1,14/2=0,57	0,8 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate: Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5	65 giustificato	valore 2023 >=10% del valore 2021 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.4	Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5	418/418 100%	100 %		documentazione interna
		9.5	Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12: n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	62/405 15,30% giustificato	>=10%		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	4.1	Soddisfaccimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 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	SI (allegare relazione)		documentazione interna
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)		documentazione interna
		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	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
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	SI (allegare relazione)		documentazione interna
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	nessuna indicazione	SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)		documentazione interna

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
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	no per covid	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
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	NO giustificato	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
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)	10	0/0 100%	>=70%		documentazione interna
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per la gestione del paziente anziano con fratture di femore. Le UUOCC saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	8		Si (allegare relazione)		documentazione interna
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		Si (allegare relazione)		documentazione interna
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	Si		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	35/37 94%	>=90%		documentazione interna
		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	35/35 100%	>=90%		documentazione interna
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	24/24 100%	>=90%		documentazione interna
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	33/33 100%	>=90%		documentazione interna
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	106/106 100%	100%		documentazione interna
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	142/142 100%	>=80%		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	UOC Medicina interna PO Termini Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	3		DM 2022 - 2 gg		documentazione interna
		7.2	UOS Lungodegenti PO Termini: Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2gg	3		DM 2022 - 2 gg		documentazione interna
		7.3	Attivazione ricoveri in Day Service UOC Medicina	8		Si (allegare relazione)		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	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. N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dallo UOC Ospedalità Pubblica e Privata	4	99% v. ospedalità	>=90% (allegare relazione)		documentazione interna
		8.2	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2	Si	Si		documentazione interna
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	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	2	50/192 26%	>=25%		documentazione interna
		9.2	Garanzia del 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): 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	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate: Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5	Si	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.4	Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	5	97%	100 %		documentazione interna
		9.5	Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12: n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	135/192 70%	>=50%		documentazione interna
		10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna
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. 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)	13	Si giustificato	Si (allegare relazione)		documentazione interna
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)		documentazione interna
		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	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
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	SI (allegare relazione)		documentazione interna
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)		documentazione interna
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)		documentazione interna
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	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
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%		documentazione interna
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 degeni entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	no causa covid	SI (allegare relazione)		documentazione interna
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	101/101 100%	>=90%		documentazione interna
		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	97/101 96%	>=90%		documentazione interna
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	3/3 100%	>=90%		documentazione interna
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	4	66/66 100%	>=90%		documentazione interna
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	4	213/213 100%	100%		documentazione interna
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")	4	213/213 100%	>=80%		documentazione interna
7	Mantenimento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	2	1,13	>=95%		documentazione interna
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	2	7,45	<=105%		documentazione interna
		7.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023 / DM 2022	2	98%	>=95%		documentazione interna

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
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 P.O. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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 P.O. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	no per Covid	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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	Si	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	no	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2	Si	Si		documentazione interna
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	85/366 23%	>=25%		documentazione interna
		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	2	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i>  Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3	69/366 1,8	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)		documentazione interna
		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 %	100 %		documentazione interna
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i>  n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	67/366 18%	>=50%		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D - Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Presidi Ospedalieri

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		stema informatico
4	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive. Geriatria, medicina interna e lungodegenza	4.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza (il raggiungimento dell'Obiettivo sarà ribaltato su tutte le UU.OO. coinvolte)	15		>90% (allegare relazione e audit trimestrale )		Referti di esami Microbilogici/gestionale ricoveri HERO
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 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	5.1	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	Si (allegare relazione)		documentazione interna
6	-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)	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	10	Si	Si (allegare relazione)		dati desunti dalla documentazione all'one agli atti del Presidio
		6.2	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	Si (allegare relazione)		dati desunti dalla documentazione all'one agli atti dei Presidio
		6.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5	Si	Si (allegare report)		Gestionale ricoveri HERO/Sistema BI

**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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	7.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, PTCA in pazienti con IMA STEMI, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10	Si	Si (allegare relazione)		Sistema BI
8	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)	8.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	non è stata richiesta attivazione	Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)		documentazione interna
9	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	9.1	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	46/105=43,8% 6.079/46=132,15	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		Cruscotto sistema IS
10	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	10.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	202	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		N. Consensi cartacei raccolti
11	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)	11.1	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%		sorveglianza SanitariaDedalus HERO
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive. Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza	3		>90%		Laboratorio analisi direzione medica di presidio
4	Obiettivi qualità e sicurezza del paziente	4.1	Valutazione multidimensionale ed Indice prognosticomultidimensionale da effettuare su tutti i pazienti ricoverati all'ingresso ed alla dimissione per migliorare la qualità dell'assistenza. Indicatore: N pazienti sottoposti Valutazione multidimensionale/N pazienti ricoverati	4				
		4.2	In ottemperanza al D.A. n. 1004/2016 per la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBSI) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (targeting zero) nelle strutture del SSR. N' pazienti con impianto di Midline/PICC documentato da scheda di impianto/N' pazienti con impianto Midline/PICC	4				
4	Screening per neoplasia polmonare secondo linee guida - follow-up dei pazienti ricoverati per cap (polmonite acquisita in comunità, e fattori di rischio fascia di età 50-80 anni fumatore attivo o ex fumatore da meno di 1s anni indicazione alla immissione a consigliare screening per neoplasia polmonare (ra riportare nella relazione di ommissione) con esecuzione tc polmonare con mdc ad almeno 8 settimane dalla data di dimissione ed eventuale visita pneumologica/interistica	4.1	N. di pazienti con indicazione a follow.up in lettera di immissione/N. di pazienti eleggibili	4		>90%		Sistema HERO
5	Miglioramento organizzativo degenza dimissioni dai reparti di degenza entro le ore 12:00	5.1	N. di dimissioni entro le ore 12:00/ N.di dimissioni	4		>35%		Ospedalità Pubblica
6	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)	6.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	4	21/21 100%	>=90%		documentazione interna
		6.2	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	4	21/21 100%	>=90%		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	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)	7.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	4	12/12 100%	>=90%		documentazione interna
		7.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	4	20/20 100%	>=90%		documentazione interna
8	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	8.1	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	3	45/45 100%	100%		documentazione interna
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	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")	4	59/61 96,7%	>=80%		documentazione interna
10	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	10.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 1 gg	4	13 causa covid	DM 2022 -1 gg		documentazione interna
11	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina Generale	11.1	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>	4	SI	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		11.2	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 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		11.3	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	4	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		11.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	4	SI	SI		documentazione interna
12	Miglioramento organizzativo degenza	12.1	<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	90/444 =20,27%	>=20%		documentazione interna
		12.2	<i>Garanzia di 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	1,30/2 =0,65 giustificato	>=0,8 (allegare relazione)		documentazione interna
		12.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4	152	valore 2023>= 10% valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		12.4	<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	475/475 100%	100 %		documentazione interna
		12.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	108/444 =24,32%	>=30%		documentazione interna
13	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	13.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	14.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 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	87/87 100%	>=90%		documentazione interna
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	10	90/90 100%	100%		documentazione interna
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	119/126 94,44%	>=91,8% (fra 80% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
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	100/100 100%	>=80%		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 1 gg	7	6,20	DM 2022 - 1 gg		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
8	Miglioramento dell'attività assistenziale	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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	Si	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2	Si	Si		documentazione interna
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	235/1078 21,79%	>=25%		documentazione interna
		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	1,9/2=0,95	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3	36/1078 3,3%	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		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%	100 %		documentazione interna
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	537/1078 49,8%	>=50%		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D - Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	Fonte Ufficiale di Provenienza dei Dati
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive. Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza	4		>90%		Laboratorio analisi direzione medica di presidio
4	Obiettivi qualità e sicurezza del paziente	4.1	Valutazione multidimensionale ed Indice prognosticomicomultidimensionale da effettuare su tutti i pazienti ricoverati all'ingresso ed alla dimissione per migliorare la qualità dell'assistenza. Indicatore: N pazienti sottoposti Valutazione multidimensionale/N pazienti ricoverati	4		>90%		documentazione interna
		4.2	In ottemperanza al D.A. n. 1004/2016 per la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBS) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (targeting zero) nelle strutture del SSR. N' pazienti con impianto di Midline/PICC documentato da scheda di impianto/N' pazienti con impianto Midline/PICC	4		>90%		documentazione interna
5	Screening per neoplasia polmonare secondo linee guida. Follow-up dei pazienti ricoverati per cap (polmonite acquisita in comunità) e fattori di rischio Fascia dieta' 50-80 anni fumatore attivo o ex fumatore da meno di 15 anni: indicazione alla dimissione a consigliare screening per neoplasia polmonare (da riportare nella relazione di dimissione) con esecuzione TC polmonare con mdc ad almeno 8 settimane dalla data dimissione ed eventuale visita pneumologica/internistica.	5.1	N. pazienti con indicazione a follow-up in lettera di dimissione/N. di pazienti eleggibili	5		>90%		documentazione interna
6	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)	6.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5	87/87 100%	>=90%		documentazione interna
		6.2	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	90/90 100%	>=90%		documentazione interna
7	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	7.1	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	119/126 94,44%	100%		documentazione interna
8	Miglioramento dell'empowerment del paziente	8.1	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	100/100 100%	>=80%		documentazione interna
9	Mantenimento dei livelli di attività	9.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	5	6,20	>=95%		documentazione interna
		9.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	5	11,02 dato 2020	<=105%		documentazione interna
		9.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023/ DM 2022	5	81,29% dato 2020	>=95%		documentazione interna

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
10	Miglioramento dell'attività assistenziale	10.1	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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	3	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		10.2	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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	3	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		10.3	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	Si	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		10.4	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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	2	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		10.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2	235/1078 21,79%	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		10.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2	1,9/2=0,95	Si		documentazione interna
11	Miglioramento organizzativo degenza	11.1	<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	36/1078 3,3%	>=25%		documentazione interna
		11.2	<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	100%	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		11.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3	537/1078 49,8%	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)		documentazione interna
		11.4	<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	531/531 100%	100 %		documentazione interna
		11.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	190/531 35,7%	>=50%		documentazione interna
12	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	12.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	13.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020. Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive. Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza	4			>90%	Laboratorio analisi direzione medica di presidio
4	Obiettivi qualità e sicurezza del paziente	4.1	Valutazione multidimensionale ed Indice prognostico multidimensionale da effettuare su tutti i pazienti ricoverati all'ingresso ed alla dimissione per migliorare la qualità dell'assistenza. Indicatore: N pazienti sottoposti Valutazione multidimensionale/N pazienti ricoverati	4			>90%	documentazione interna
		4.2	In ottemperanza al D.A. n. 1004/2016 per la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBSI) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (targeting zero) nelle strutture del SSR. N' pazienti con impianto di Midline/PICC documentato da scheda di impianto/N' pazienti con impianto Midline/PICC	4			>90%	documentazione interna
5	Screening per neoplasia polmonare secondo linee guida. Follow-up dei pazienti ricoverati per cap (polmonite acquisita in comunità) e fattori di rischio Fascia dieta' 50-80 anni fumatore attivo o ex fumatore da meno di 15 anni: indicazione alla dimissione a consigliare screening per neoplasia polmonare (da riportare nella relazione di dimissione) con esecuzione TC polmonare con mdc ad almeno 8 settimane dalla data dimissione ed eventuale visita pneumologica/interistica.	5.1	N. pazienti con indicazione a follow-up in lettera di dimissione/N. di pazienti eleggibili	5			>90%	documentazione interna
6	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)	6.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5		>=90%		documentazione interna
		6.2	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		>=90%		documentazione interna
7	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	7.1	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%		documentazione interna
8	Miglioramento dell'empowerment del paziente	8.1	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%		documentazione interna
9	Mantenimento dei livelli di attività	9.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	5		>=95%		documentazione interna
		9.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	5		<=105%		documentazione interna
		9.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023 / DM 2022	5		>=95%		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
10	Miglioramento dell'attività assistenziale	10.1	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 UUOCCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	3		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		10.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	3		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		10.3	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)		documentazione interna
		10.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		10.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		10.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		SI		documentazione interna
11	Miglioramento organizzativo degenza	11.1	<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%		documentazione interna
		11.2	<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)		documentazione interna
		11.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		11.4	<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 %		documentazione interna
		11.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3		>=50%		documentazione interna
12	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	12.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	13.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOSD Screening colon retto								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Estensione screening tumore del colon retto	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	25	177.926/177.926 100%	100%		Survey GISCoR
4	Adesione screening tumore del colon retto	4.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5	41.030/182.174 23%	>=50%		Survey GISCoR
		4.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	5		>=3% 2022		Survey GISCoR
5	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	5.1	Compilazione survey entro 15 giorni dalla scadenza	10	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna in collaborazione con la UOC Centro Gestionale Screening
6	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per lo screening del tumore del colon retto	6.1	Aggiornamento del PDTA	5	Si	Si (allegare documento)		documentazione interna
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	264/881 30%	>20%		documentazione interna
8	Completezza della colonscopia	8.1	N. di colonscopie con raggiungimento del cieco/ N. di colonscopie eseguite	5	863/881 98%	>=90%		documentazione interna
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	881/1811 49%	>= 85%		documentazione interna
10	Tempistica 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	599/881 68%	>= 50%		documentazione interna
11	Miglioramento della soddisfazione dell'utente	11.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	5	Si	>= 95%		documentazione interna in collaborazione con la UOC Centro Gestionale Screening
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		Si (allegare relazione)		documentazione interna
13	Adeguatezza della colonscopia	13.1	N. di colonscopie con pulizia adeguata/ N. di colonscopie eseguite	5	836/881 95%	>=90%		documentazione interna
14	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	14.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
15	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	15.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
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)		documentazione interna
		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	15	SI	SI (allegare relazione)		gestionale ricoveri HERO
		4.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	15		SI (allegare report)		gestionale ricoveri HERO
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 (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		report semestrali del Referente aziendale
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	10	376	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		sistema informativo FSE
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		attestazioni delle UU.OO., modulistica da inoltrare al SIS
8	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	8.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
9	Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CRF nelle strutture sanitarie – Attuazione della Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17.01.2020	9.1	Monitorare effettuazione screening su pazienti da ricoverare in ottemperanza alla Circolare Ministero della Salute n.1479 del 17.10.2020, organizzando appositi Audit trimestrali sulla base dei dati di cui al seguente indicatore. Sottoporre a screening specifico tramite tampone rettale tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio : riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna, e lungodegenza. N.Pazienti sottoposti a tampone rettale/ N. Pazienti ricoverati presso i reparti riabilitazione intensiva, terapia intensiva , geriatria, medicina interna e lungodegenza.	8		si (allegare relazione trimestrale)(il raggiungimento dell'obiettivo sarà ribalato sulle UU.OO. coinvolte)		referti di esami microbiologici/gestionale ricoveri HERO (n.tamponi rettali/n.pazienti a rischio ricoverati)
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Unità spinale								
UOC	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti del Centro "Villa delle Ginestre"	3.1	N. cartelle cliniche dei pazienti codice75 con progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. cartelle cliniche codice 75 dei pazienti degenti al 31/12/2023	40		100% (allegare report)		cartelle cliniche degenza
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	30	80/80 100%	100%		cartelle cliniche degenza
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	N. pazienti a controllo post dimissione codice 28 in reparto, dopo 30 gg. / N. totale pazienti dimessi della Città Metropolitana di Palermo	20	giustificato	90%		cartelle cliniche degenza
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Valutazione trattamento ambulatoriale	3.1	Aumento rispetto all'anno 2022 N. Pazienti con Morbo di Parkinson in trattamento riabilitativo ambulatoriale al 31/12/2023	45		>20% 2022		cartella clinica ambulatoriale
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	69/69 100%	>=100% (allegare report)		cartella clinica ambulatoriale
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		documentazione interna
4	miglioramento organizzativo degenza	4.1	Aumento degli interventi chirurgici rispetto all'anno 2022	10		> 5 % 2022		documentazione interna
		4.2	dimissione dai reparti di degenza entro le ore 12	10		≥ 50		documentazione interna
		4.3	implementazione /aumento delle dimissioni protette e facilitate	4		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
5	Miglioramento attività assistenziale	5.1	attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	4		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		5.2	elaborazione di procedure condivise tra anestesia e chirurgia finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro le 24 ore dalla richiesta	4		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
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%		scheda uoc
		8.2	Chirurgia Generale - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana (UOSDIP)	5		100%		scheda uoc
		8.3	Urologia - P.O. "Civico" di Partinico (UOSDIP)	5		100%		scheda uoc
		8.4	Chirurgia Generale - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo (UOC)	5		100%		scheda uoc
		8.5	Chirurgia Generale - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC)	5		100%		scheda uoc
		8.6	Chirurgia Generale - P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	5		100%		scheda uoc
		8.7	Otorinolaringoiatria - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC)	5		100%		scheda uoc
		8.8	Ortopedia e traumatologia - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC)	5		100%		scheda uoc
		8.9	Ortopedia e traumatologia - P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	5		100%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOSD Chirurgia generale								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	10	100%	100%		documentazione interna
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	12/12 100%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	15	5,19	DM 2022- 0,5 gg		documentazione interna
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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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>	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si	Si		documentazione interna
		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	64/218 29,36%	>=25%		documentazione interna

7	Miglioramento organizzativo degenza	7.2	<p>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di <u>ricovero urgente</u> di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</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	0,60/1 giustificato	>= 1 (allegare relazione)	documentazione interna
		7.3	<p>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p>	5	2	valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	documentazione interna
		7.4	<p>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</p> <p>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva</p>	5	307/307 100%	100 %	documentazione interna
		7.5	<p>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</p> <p>n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni</p>	5	170/218 77%	>=50%	documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)	documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	9.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)	documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOSD Chirurgia generale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	attività sospesa	100%		documentazione interna
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	4/4 100%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	15	6,09	DM 2021 - 0,5 gg		documentazione interna
6	Miglioramento organizzativo	6.1	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		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 (allegare relazione)		documentazione interna

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	4	10/28 36%	>=25%		documentazione interna
		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	4	>1	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		7.3	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4	100%	100 %		documentazione interna
		7.4	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	28/28 100%	>=50%		documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	9.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico UOSD Urologia								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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%		documentazione interna
4	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	15	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	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	Si (allegare relazione)		documentazione interna

5	Miglioramento organizzativo degenza	5.1	<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	7	Si	>=20%		documentazione interna
		5.2	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	10	giustificato	valore 2023 >= 1% del valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	<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	10	100 %	100 %		documentazione interna
		5.4	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	10	>=50%	>=50%		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia Chirurgia generale - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo								UOC
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	10	139/72>100%	100%		documentazione interna
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	51/57 89,47%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	15	7,02 giustificato	DM 2022 - 2 gg		documentazione interna
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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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>	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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	no giustificato	Si		documentazione interna
		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	165/591 27,91%	>=25%		documentazione interna
		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	1,6/1=1,6	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna

7	Miglioramento organizzativo degenza	7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5	9,47%	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)		documentazione interna
		7.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5	100%	100 %		documentazione interna
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	430/551 78,03%	>=50%		documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	9.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia - UOC Chirurgia generale - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBT V	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	10	30/30 100%	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	6/7 85,7%	>=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 2023 = DM 2022 - 2 gg	15	giustificato	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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	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>	4	Si	Si (allegare relazione)		
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	no per covid	Si (allegare relazione)		
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	no per covid	Si (allegare relazione)		
		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	22/175 12,5%	>=25%		

7	Miglioramento organizzativo degenza	7.2	Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di <u>ricovero urgente</u> di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):  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	no per covid21	>= 1 (allegare relazione)		
		7.3	Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:  Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5	7/175 4%	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		
		7.4	Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo  Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	5	175/175 100%	100 %		
		7.5	Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:  n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	73/91 80,2%	>=50%		
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	9.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico UOC Chirurgia generale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	10	no giustificato	100%		documentazione interna
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	100%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	10	6,14	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna
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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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>	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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	39/154 25,3%	>=25%		documentazione interna

7	Miglioramento organizzativo degenza	7.2	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):  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	>= 1 (allegare relazione)	documentazione interna
		7.3	Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:  Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5	9,50%	valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	documentazione interna
		7.4	Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo  Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	5	100 %	100 %	documentazione interna
		7.5	Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:  n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	68/151 45%	>=50%	documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)	documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	9.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)	documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>			

Dipartimento Chirurgia - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Otorinolaringoiatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	48/48 100%	100%		portale assessorato
4	Miglioramento dei livelli di attività	4.1	Incremento rispetto al 2022 del 5% attività di day service	10		>=5% N. DAY SERVICE 2022		documentazione interna
		4.2	Incremento rispetto al 2022 del 10% del numero di interventi in regime di ricovero ordinario	10		>=10% N. INTERVENTI IN RIC. ORD. 2022		documentazione interna
5	Miglioramento dell'attività assistenziale	5.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		5.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		5.4	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna ed ospedalità pubblica
		5.5	Rispetto dei tempi di attesa massimi previsti dal legislatore per erogazione prestazioni ambulatoriali per prime visite ORL e per visite ORL di controllo	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna ed ospedalità pubblica

6	Miglioramento organizzativo degenza	6.1	<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 definita	10	339/339 100%	100 %		documentazione interna
		6.2	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	10	49/49 100%	>=50%		documentazione interna
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	8.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Ortopedia e traumatologia								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESEO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	10	21/21 100%	100%		documentazione interna
4	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	Sì	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)		documentazione interna
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	66/87 75,86%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna

6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	UOC Ortopedia e traumatologia Termini Dip Chirurgia Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	5	9,65	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna
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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si	Si		documentazione interna
8	Miglioramento organizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i>  Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	45/297 15,15%	>=25%		documentazione interna
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i>  Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	0,84	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i>  Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4	159/297 53,53%	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		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	4	297/297 100%	100 %		documentazione interna
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i>  n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	228/240 95%	>=50%		documentazione interna

9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	10.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia								
N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
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	10	45/45 100%	100%		documentazione interna
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)		documentazione interna
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	100%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna

6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico: Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	5	8,03	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna
		6.3	UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	5	6,29	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna
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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		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 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
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	30/140 21,42%	>=25%		documentazione interna
		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	1,30/1=1,30	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3	nessun incremento per covid	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	3	140/140 100%	100 %		documentazione interna
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	74/140 52,85%	>=50%		documentazione interna

9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	10.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				