



**Azienda Ospedaliera ARNAS Civico Di Cristina e Benfratelli**

## **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

**anno 2021**

## Presentazione della relazione e indice

L'ARNAS Civico, Di Cristina e Benfratelli adotta il presente documento denominato "Relazione sulla performance" con cui viene data evidenza a consuntivo dei risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi ed alle risorse programmati.

Al Piano della performance predisposto e adottato dall'ARNAS per il 2021, la Direzione intende ora far seguire la propria Relazione sullo stato di attuazione del suddetto Piano e i principali dati di sintesi sulle performance conseguite.

## Indice

1.	Introduzione e perimetro di riferimento	pag.3
2.	I contenuti della Relazione sulla Performance	pag.4
2.1	I principali risultati raggiunti	pag.4
2.2	Analisi del contesto e delle risorse	pag.5
2.3	Misurazione e valutazione della performance organizzativa	pag.32
2.3.1	Obiettivi annuali	pag.33
2.3.2	Obiettivi specifici (triennali)	pag.38
2.4	Misurazione e valutazione degli obiettivi individuali	pag.42
3.	Il Processo di Misurazione e Valutazione	pag.46
<b>Allegato 1</b>	<b>Risultati di dettaglio per Unità Operativa Sanitaria</b>	
<b>Allegato 2</b>	<b>Risultati di dettaglio per Unità Operativa Amministrativa e per lo Staff</b>	

## 1. Introduzione e perimetro di riferimento

La “Relazione sulla performance” di cui all’art. 10 comma 1 lett. b) del D.Lgs. 150/2009 costituisce lo strumento mediante il quale l’attuale amministrazione illustra i risultati ottenuti nel corso dell’anno precedente e conclude in tal modo l’intero ciclo di gestione della performance. L’avvio del ciclo di gestione della performance è stato dato attraverso l’adozione del Piano della Performance e l’individuazione delle risorse assegnate, di indicatori e target per le singole articolazioni organizzative dell’Azienda (ovvero gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della relativa performance).

La Relazione annuale sulla performance persegue le seguenti finalità:

- la Relazione è uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l’amministrazione può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell’anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance.

- la Relazione è uno strumento di *accountabilty* attraverso il quale l’amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati.

*Nel compilare il documento sono state seguite le indicazioni presenti nelle Linee guida per la Relazione annuale sulla performance - Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n.3 – novembre 2018.*

## 2. I contenuti della Relazione sulla Performance

### 2.1 I principali risultati raggiunti

L'ARNAS Civico, nel corso dell'anno 2021, pur continuando a perseguire l'obiettivo primario derivante dal proprio mandato istituzionale di effettuare prestazioni di assistenza ospedaliera di elevata complessità e di alta specializzazione, e continuando ad assolvere al proprio ruolo "storico" di presidio per l'assistenza ospedaliera delle condizioni patologiche di medio-bassa complessità, ha continuato a fornire un contributo determinante all'assistenza ospedaliera della provincia di Palermo nel corso dell'emergenza da pandemia Covid.

Infatti, circa 100 posti letto di area medica e terapia intensiva respiratoria per adulti e 24 pediatrici, sono stati dedicati per buona parte dei mesi del 2021, ad attività esclusiva Covid.

Due reparti chirurgici di valenza strategica per l'Azienda, Ortopedia e Neurochirurgia, hanno subito, nel corso dell'anno spostamenti in altro padiglione, per consentire il concentrarsi della patologia Covid in un'unica struttura; ciò ha determinato sia una riduzione significativa sia dei posti letto disponibili che degli slot di sala operatoria utilizzabili.

Nonostante ciò, e il mantenimento per tutto l'anno delle politiche di distanziamento anti-Covid, si è registrato un significativo incremento delle attività rispetto all'anno precedente.

#### Attività Produttive - Anno 2021 vs 2020

Anno	Ricoveri Ordinari	Ricoveri in DH	Day Service	Flusso C - CPS	totale
2020	84.115.869	5.141.414	3.771.372	15.311.270	<b>108.339.925</b>
2021	88.012.617	5.685.407	3.571.088	17.729.328	<b>114.998.440</b>
<b>delta 2021-2020</b>	<b>3.896.748</b>	<b>543.993</b>	<b>-200.284</b>	<b>2.418.058</b>	<b>6.658.515</b>

Al raggiungimento di tale risultato ha, anche contribuito, l'attivazione da marzo 2021 del Robot da Vinci presso il complesso operatorio dell'Oncologico.

#### Robot Da Vinci - n. procedure chirurgiche (anno 2021)

Area interesse	n.casi
Ginecologiche	63
Chirurgia generale	28
Urologiche	56
<b>totale</b>	<b>147</b>

Anche l'immissione in servizio di dieci nuovi Direttori di UOC, a seguito delle relative procedure concorsuali ha contribuito a dare nuovi impulsi nella riorganizzazione delle attività:

delibera	Direzione
n. 391 del 29/03/2021	Centrale Operativa 118 bacino Palermo-Trapani
n. 722 del 28/05/2021	Pediatria ad indirizzo Gastroenterologico
n. 902 del 12/07/2021	Neurochirurgia
n. 904 del 12/07/2021	Malattie Infettive PO Di Cristina
n. 1114 del 10/09/2021	Anestesia e Rianimazione PO Di Cristina
n. 1379 del 05/11/2021	Medicina Trasfusionale
n. 1399 del 12/11/2021	Pediatria Generale
n. 1478 del 26/11/2021	Ginecologia Oncologica
n. 1563 del 10/12/2021	Malattie Infettive PO Civico
n. 1564 del 10/12/2021	MCAU PO Di Cristina

## 2.2 Analisi del contesto e delle risorse

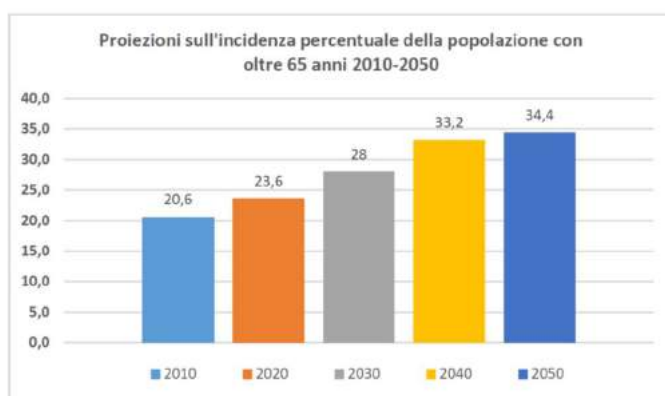
### Il Contesto esterno

#### **La Popolazione**

La popolazione siciliana presenta una struttura per età sensibilmente più giovane di quella italiana. Con una età media di 43,9 anni contro i 45,2 dell'Italia, la Sicilia si conferma più giovane rispetto alla media nazionale: il 49,3% dei siciliani ha meno di 45 anni (il 46,5% a livello nazionale), il 21,7% ne ha più di 64 (il 23,2% in media Italia).

Tuttavia, il confronto con i dati del Censimento 2011 evidenzia anche in Sicilia un progressivo invecchiamento della popolazione, e con ritmi tendenzialmente superiori alla media nazionale. Tutte le classi di età sotto i 45 anni registrano variazioni negative. I bambini con meno di 10 anni diminuiscono di quasi 65 mila unità (-13,3%, a fronte del -11,5% dell'Italia); il numero di giovani da 10 a 19 anni cala di 53 mila unità (-9,6%, contro +0,7% a livello nazionale), quello dei 20-29enni di quasi 67 mila (-10,7%, Italia -3,8%). Cresce, più del dato nazionale, il peso delle classi più anziane, anche se la consistenza cresce meno. Sono 1,1 milioni i residenti con più di 64 anni (con un +12,0% in Sicilia e +11,9% in Italia); i grandi anziani (con 85 anni e più) passano da 121 mila a 155 mila (+28,1%, +29,4% Italia).

Nella figura di seguito sono rappresentate le proiezioni demografiche nazionali sull'incidenza percentuale della popolazione con oltre 65 anni (fonte Istat).



Fonte: Istat, Geo Demo: demografia in cifre

È noto che il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta una delle maggiori cause di ricorso ai sistemi sanitari. Ciò impone una diversa gestione del paziente ospedaliero, sia perché le esigenze individuali di natura alberghiera sono più complesse (e comportano l'aumento dei costi generali) sia perché, ancorché la dimissione sia sempre classificata con uno specifico DRG, la relativa degenza comporta spesso la gestione di casistiche "poli-patologiche".

D'altra parte, le previsioni sulla configurazione della popolazione siciliana dei prossimi 50 anni, calcolate da Demo Geo Istat su alcuni indicatori demografici evidenziano:

- un progressivo tasso migratorio della popolazione verso l'estero;
- un aumento dell'indice di vecchiaia percentuale (nel 2013=131; nel 2065=288; ad ogni 100 giovani corrispondevano 131 anziani nel 2013, che aumenteranno fino a diventare 228 per ogni 100 giovani nel 2065);
- aumento dell'indice di dipendenza degli anziani percentuale (nel 2020=32,9%; nel 2065=65,7%, percentuale di abitanti a carico del sistema pensionistico).

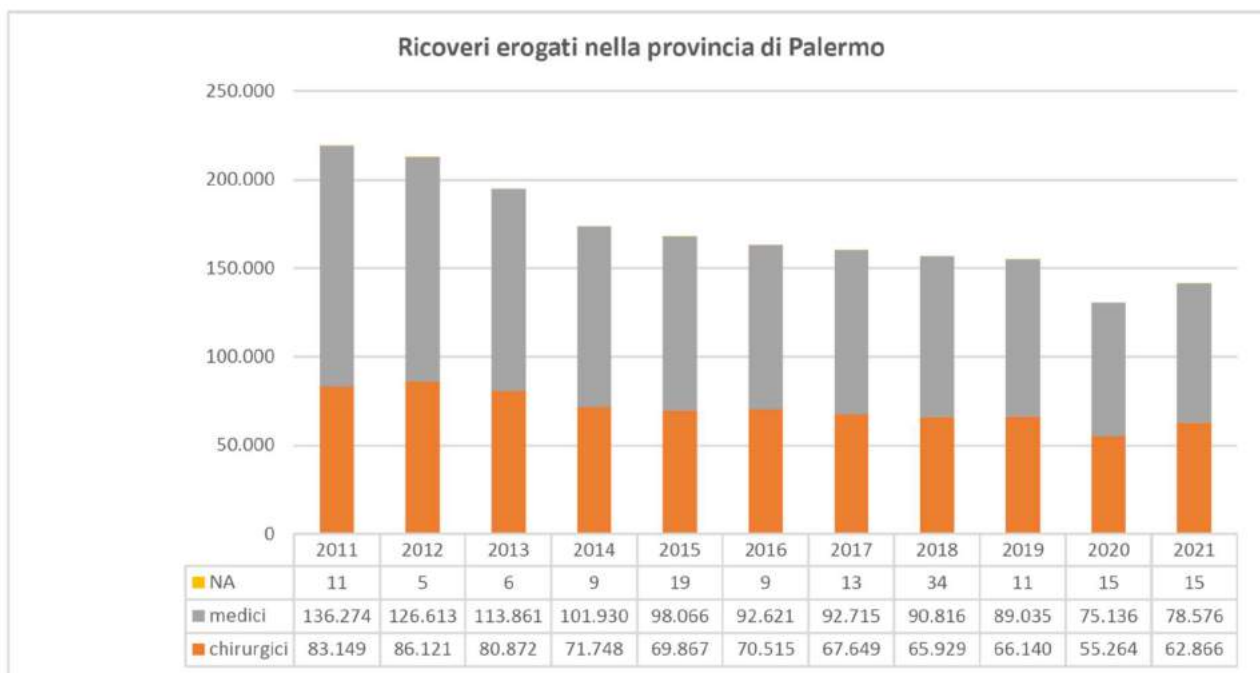
Un simile contesto, peraltro, non può che generare una domanda per le malattie cronico degenerative (tumori, malattie cardio e cerebrovascolari) che già rappresentano la stragrande maggioranza delle cause di morte, che se non adeguatamente governata a livello territoriale, rischia di determinare difficoltà a carico dei servizi ospedalieri.

Negli 82 comuni della provincia di Palermo, che coprono il 19,4% della superficie regionale, risiede un quarto della popolazione regionale (ISTAT 22/02/2021).

Al Censimento del 1951 la provincia di Palermo contava poco più di un milione di abitanti, con una densità di 205 abitanti per km<sup>2</sup> e una media regionale che faceva registrare 174 abitanti per km<sup>2</sup>; 68 anni dopo la popolazione è cresciuta di circa 195 mila unità e la densità è salita a 244 abitanti per km<sup>2</sup>, a fronte dei 189 abitanti per km<sup>2</sup> della media regionale.

### **Ricoveri Ospedalieri in provincia di Palermo**

Dal 2011, in linea con il dato nazionale, si assiste ad un progressivo decremento del numero dei ricoveri nella provincia di Palermo (fonte dati PROD Regione Sicilia). Rispetto al calo drastico dei ricoveri nell'anno 2020, da ricondurre alla riduzione dei ricoveri programmati e di parte degli urgenti no-Covid durante la fase acuta della pandemia (- 16% rispetto all'anno 2019), nel 2021, pur rimanendo in calo la tendenza complessiva, si registra un - 9% rispetto all'anno 2019 e un + 10% rispetto all'anno 2020.



## Il Contesto Interno

### L'Amministrazione

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico - Di Cristina - Benfratelli è stata formalmente costituita con la Legge Regionale n.5 del 14 aprile 2009 ed attivata giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 338 del 31.08.2009.

L'Azienda ha sede nell'area urbana di Palermo ed assicura i propri servizi utilizzando le seguenti strutture ospedaliere:

- Presidio "Civico", ospedale generale dotato di dipartimento di emergenza con trauma center, centrale operativa per la gestione dell'emergenza territoriale, centro oncologico e di tutte le unità operative di diagnosi e cura a basso, medio ed elevato livello di assistenza, con discipline ad alta specializzazione;
- Presidio "Giovanni Di Cristina", ospedale per bambini dotato di area d'emergenza, trauma center pediatrico, e di tutte le unità operative utili ad assicurare un'assistenza specialistica pediatrica pluridisciplinare, di alta specialità e per le malattie rare.



Ai sensi e per gli effetti di legge, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. La sede legale è fissata in Palermo, con indirizzo in Piazza Nicola Leotta n°4, e la partita IVA è la seguente: 05841770828.

Il patrimonio dell'ARNAS Civico costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti ivi compresi, pertanto, quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività, compresi i beni mobili ed immobili utilizzati dalla società Is.Me.T.T. s.r.l., partecipata dall'ARNAS Civico, o acquisiti a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui agli articoli n°826, 3° comma, e n°830, 2° comma, del Codice Civile. I beni mobili e immobili che l'Azienda utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile della stessa, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, 2° comma, del Codice Civile.



Il logo aziendale è il seguente



L'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture.

Per "struttura" si intende l'articolazione interna dell'Azienda alla quale è attribuita la responsabilità di risorse umane, tecnologiche e finanziarie; essa costituisce un "centro di responsabilità" e il responsabile di struttura partecipa alla costruzione e definizione del processo di budget e di assegnazione degli obiettivi.

Le strutture organizzative si distinguono in complesse e semplici, in relazione alla intensità assunta dalle variabili citate e all'ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità conferiti dall'Azienda.

Come anticipato poco sopra, l'organizzazione dipartimentale appare la modalità organizzativa che meglio possa consentire di raggiungere i seguenti obiettivi:

- il miglioramento del coordinamento delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze;
- la promozione della qualità dell'assistenza;
- la realizzazione di economie di scala e di gestione.

Con Decreto Assessoriale n. 2487 del 18.12.2018 il Dott. Roberto Colletti è stato nominato Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione " Civico – Di Cristina – Benfratelli “.

Con D.P. n.195 /Serv.1°/S.G. del 04.04.2019 il Dott. Roberto Colletti è stato nominato Direttore Generale dell'A.R.N.A.S. Civico-Di Cristina-Benfratelli di Palermo.

Con Delibera n.2019/0332 del Direttore Generale, il Dott. Salvatore Requirez si è insediato nelle funzioni di Direttore Sanitario dell'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli di Palermo.

Con Delibera n.2019/0333 del Direttore Generale, il Dott. Francesco Paolo Tronca si è insediato nelle funzioni di Direttore Amministrativo dell'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli di Palermo.

L'atto Aziendale vigente nel corso del 2021 è quello approvato con atto deliberativo n.986 del 9 giugno 2017.

Con deliberazione del Direttore Generale n.1228 del 07/10/2021 è stato approvato il testo definitivo dell'Atto Aziendale di ARNAS Civico, G. Di Cristina Benfratelli di Palermo (presa d'atto delibera di Giunta Regionale n.396 del 21/09/2021 e del Decreto dell'Assessore alla Salute della Regione Sicilia n.988 del 29 settembre 2021).

In atto l'Azienda sta ponendo in atto tutti i provvedimenti propedeutici all'attivazione della nuova organizzazione Aziendale.

Si riporta l'organigramma dell'Azienda previsto con atto deliberativo n.1228 del 07/10/2021.

**Articolazioni in Staff alle Dirette Dipendenze del Direttore Generale**

Tipologia Struttura	Denominazione Struttura	Note
UOC	<b>Programmazione e Controllo di Gestione</b>	
	UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico	UOS incardinata nella UOC Programmazione e Controllo di Gestione
UOS	Audit	
UOS	ICT Management	
UOS	Servizio Legale	
UOS	Servizio di Prevenzione e Protezione	
UOS	Sorveglianza Sanitaria	
Incarico	Ufficio del Responsabile della Corruzione e della Trasparenza	Incarico da attribuire al dirigente titolare di UOC o UOS in possesso di specifici requisiti
Incarico	Energy Manager	

**Articolazioni in Staff alla Direzione Strategica**

UOC	UOS	Note
Coordinamento Staff	UOS - Coordinamento sale Operatorie	
	UOS - Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria	L'UOS darà dotata, tra il personale dedicato, anche di un dipendente esperto in contratti pubblici
	UOS - Qualità e Gestione Rischio Clinico	L'UOS sarà dotata di figure di medici legali, di ingegnere clinico ed assorbe l'UOS Medicina Legale
	UOS - Asset Manager PO G. Di Cristina	
	UOS - CUP e Poliambulatorio	
	UOS - Asset Manager Centro Oncologico M.Ascoli	
	UOS - Educazione alla Salute	
	UOS - Bed Management	
	UOS - Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane	
	Inc. Dir.Prof. A.S. - Procurement Trapianto d'Organi	
Funzione PO - Ufficio Protezione dei dati Personali (DPO)		
Funzione PO - Comunicazione e Relazioni Esterne (URP)		
Funzione PO - Segreteria Direzione Strategica		

**Articolazioni in Staff alla Direzione Strategica - Area di Competenza della Direzione Sanitaria**

UOS	Professioni Sanitarie di Riabilitazione	
UOS	Professioni Tecnico-Sanitarie	
UOC	SX28 -Servizio Infermieristico PO Civico	
UOS	SX28 -Servizio Infermieristico PO G. Di Cristina	

**Articolazione del Dipartimento Amministrativo**

<b>Tipologia Struttura</b>	<b>Denominazione Struttura</b>
<b>UOC</b>	<b>Affari generali</b>
<i>UOS</i>	<i>Convenzioni e Gestioni assicurative</i>
<i>UOS</i>	<i>Monitoraggio e Gestione Servizi Alberghieri e alla Persona</i>
<b>UOC</b>	<b>Economico Finanziario</b>
<i>UOS</i>	<i>Programmazione Economica, Budget e Bilancio</i>
<i>UOS</i>	<i>Gestione del Patrimonio Aziendale</i>
<i>UOS</i>	<i>Contabilità Generale e Analisi dei Costi/Ricavi</i>
<b>UOC</b>	<b>Gestione Tecnica</b>
<i>UOS</i>	<i>Gestione e Manutenzione Immobili</i>
<i>UOS</i>	<i>Lavori Pubblici</i>
<i>UOS</i>	<i>Ingegneria Clinica</i>
<i>UOS</i>	<i>Gestione e Manutenzione Impianti</i>
<b>UOC</b>	<b>Provveditorato</b>
<i>UOS</i>	<i>Acquisizione Beni e Attrezzature</i>
<i>UOS</i>	<i>Acquisizione Servizi</i>
<b>UOC</b>	<b>Risorse Umane</b>
<i>UOS</i>	<i>Gestione Giuridica e Sviluppo Organizzativo delle Risorse Umane</i>
<i>UOS</i>	<i>Gestione Economica del Personale</i>

**Quadro Sinottico Dipartimenti Area Sanitaria**

<b>Dipartimento di Emergenza Urgenza</b>			
51	UOC M.C.A.U.	51	UOS Medicina d'Urgenza (sub intensiva)
09	UOC Chirurgia Generale e Urgenza	09	UOS Chirurgia a complessità intermedia
36	UOC Ortopedia e Traumatologia	36	UOS Chirurgia protesica d'anca e di ginocchio
SX09	UOC Centrale Operativa 118	SX09	UOS Formazione personale 118
		SX09	UOS Gestione flotte 118
		49	UOS Neuroranimazione
49	UOC Anestesia e Rianimazione	49	UOS Terapia Intensiva + Trauma Center
		49	UOS Terapia Intensiva Oncologia
		SX01	UOS Servizio di Anestesia
47	UOC Grandi Ustioni		
32	UOC Neurologia con Stroke Unit	32	UOS Stroke Unit
		32	UOS Neurofisiopatologia
68	UOSD UTIR		
09	UOSD Chirurgia in uremico e in trapianti di rene		

<b>Dipartimento di Oncologia</b>			
43	UOC Urologia	43	UOS Endoscopia urologica
09	UOC Chirurgia Generale Oncologica		
13	UOC Chirurgia Toracica		
64	UOC Oncologia	64	UOS Immunoncologia
DT70	UOC Radioterapia		
09	UOSD Breast Unit		
96	UOSD Terapia del dolore		
66	UOSD Oncoematologia		
68	UOSD Endoscopia Bronchiale		
99	UOSD Hospice		

<b>Dipartimento di Medicina Clinica</b>			
24	UOC Malattie Infettive Civico		
24	UOSD Patologie Infettive Popolazioni Vulnerabili		
26	UOC Medicina Generale	26	UOS Gestione post degenze
		26	UOS Medicina Interna sub-intensiva
		26	UOS Malattie del Pancreas
26	UOC Medicina Generale ad indirizzo Geriatrico Riabilitativo	60	UOS Lungodegenza
		52	UOS Dermatologia
		26	UOS Piede Diabetico
68	UOC Pneumologia		
DT01	UOSD Allergologia		
48	UOC Nefrologia abilitata Trapianti	DT54	UOS Emodialisi
	UOC Gastroenterologia con Endoscopia		
DT58	Digestiva		
97	UOSD Medicina Penitenziaria		
71	UOSD Reumatologia		

<b>Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi</b>			
DT03	UOC Anatomia Patologica		
DTA3	UOC Patologia Clinica	DTA3	UOS Laboratorio Specialistico Oncologia
		DTA3	UOS Patologia Clinica Di Cristina
Microb.	UOC Microbiologia e Virologia		
GX21	UOC Direzione Medica PO Civico	GX21	UOS Direzione Medica Civico
SX90	UOC CRT Sicilia		
		DTA1	UOS Aferesi Produttiva e Terapeutica
DTA1	UOC Medicina Trasfusionale	DTA1	UOS Produzione emocomponenti e plasma per l'emoderivazione
SX11	UOC Farmacia	SX11	UOS Farmacia
GX21	UOSD Direzione Medica PO Di Cristica		
DTA4	UOSD Psicologia Clinica		
	UOSD Laboratorio Specialistico Genetica		
Genetica	Molecolare		



Dipartimento Materno Infantile			
11	UOC Chirurgia Pediatrica	DT38	UOS Otorinolaringoiatria pediatrica
		DT58	UOS Endoscopia digestiva
		DT35	UOS Odontostomatologia Pediatrica
		36	UOS Ortopedia Pediatrica
73	UOC UTIN	62	UOS Neonatologia
37	UOC Ostetricia e Ginecologia	37	UOS Pronto Soccorso Ostetrico
		37	UOS Chirurgia mininvasiva
		37	UOS Diagnosi Prenatale
49	UOC Anestesia Rianim. Pediatrica TC	49	UOS Terapia Sub – Intensiva Pediatrica
37	UOC Ginecologia Oncologica		
76	UOC Neurochirurgia Pediatrica		
Dipartimento di Pediatria			
51	UOC M.C.A.U. Di Cristina	51	UOS OBI Pediatrico
77	UOC Pediatria indirizzo nefrologico		
24	UOC Malattie Infettive Pediatriche	24	UOS Antimicrobial Stewardship Pediatrica
33	UOC Neuropsichiatria infantile	33	UOS Emergenza Psichiatrica in età evolutiva
39	UOC Pediatria Indirizzo Gastroenterologico		
39	UOC Pediatria indirizzo Aller. Pneumo. E Fibrosi Cistica	39	UOS Fisiopatologia respiratoria
18	UOSD Ematologia e Talassemia		
39	UOC Pediatria	DT71	UOS Reumatologia pediatrica
39	UOSD Diabetologia e Malattie metaboliche		
65	UOC Oncoematologia Pediatrica	65	UOS Trapianto di Midollo Osseo
Dipartimento Testa Collo			
10	UOC Chirurgia Maxillo Facciale		
30	UOC Neurochirurgia		
38	UOC Otorinolaringoiatria		
34	UOC Oculistica	34	UOS Oftalmologia
12	UOC Chirurgia Plastica	12	UOS Chirurgia della mano
		DT12	UOS PDTA Ch. Plastica in DS/Ambulatorio
Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica			
DT69	UOC Radiologia Diagnostica	DT69	UOS Radiodiagnostica in P.S.
SXD4	UOC Fisica Sanitaria		
DT69	UOC Radiologia Pediatrica		
Neuro	UOC Neuroradiologia Diagnostica e Interventistica		
	DT69	UOC Radiologia Interventistica	
DT61	UOC Medicina Nucleare		
Dipartimento Cardiovascolare			
08	UOC Cardiologia Pediatrica		
08	UOSD Cardiologia Clinica per il Trattamento dello Scopenso Cardiaco		
14	UOC Chirurgia Vascolare ed endovascolare	14	UOS Chirurgia aortica e endovascolare
06	UOC Cardiochirurgia Pediatrica		
50	UOC UTIC	50	UOS PTDA in Cardiologia
		DTA2	UOS Emodinamica
08	UOSD Elettrofisiologia		

### **I Blocchi Operatori**

- Radiologia Interventistica (Polo Oncologico)
- Rianimazione
- Cardiologia con Emodinamica ed Elettrofisiologia
- Chirurgia dei Trapianti
- Chirurgia Oncologica/Toracica/Ginecologia Oncologica
- Chirurgia d’Urgenza
- Chirurgia Pediatrica
- Chirurgia Vascolare
- Gastroenterologia
- Ginecologia/Ostetricia
- Neurochirurgia
- Neuroradiologia
- Radiologia Interventistica (Pad Emergenza)
- Terapia del dolore
- Ortopedia
- ORL/Plastica/Maxillo

### **Le Reti Assistenziali**

L’ARNAS Civico, in coerenza agli indirizzi del Piano Socio-Sanitario Regionale, concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità e ad alto contenuto tecnologico, nell’emergenza e nell’elezione, in ambito provinciale e regionale, in quanto, così come determinato dalla programmazione regionale, costituisce hub regionale per le reti:

#### **Posizionamento nelle reti assistenziali**

<b>Reti Cliniche</b>
Malattia celiaca
Malattie Intestinali Infiammatorie Croniche
Sclerosi Multipla
Genetica Medica
Epatite C
Oncologica
Fibrosi cistica
Reumatologia
Endometriosi
Pancreatite

<b>Reti Cliniche per pazienti pediatrici</b>
Emergenze Allergologiche pediatriche
Reumatologia e malattie autoinfiammatorie in età pediatrica
Malattie metaboliche rare
Diabetologia Pediatrica

<b>Reti Tempo Dipendenti</b>
IMA
Stroke
Politrauma
Emergenze Emorragiche Gastro-Intestinali

### **Il Personale Dipendente**

Il personale dipendente in servizio nel 2021 è pari a 2.494 FTE (teste pesate), la tabella che segue contiene alcuni dati descrittivi riguardanti le risorse umane impiegate presso l'ARNAS.

#### **Analisi caratteri qualitativi/quantitativi delle risorse umane**

<i>Indicatori</i>	<i>Valore 2021</i>
Età media del personale (anni)	48
Età media dei dirigenti (anni)	50
Percentuale di dipendenti in possesso di laurea	38%
Percentuale di dirigenti in possesso di laurea	100%

#### **Analisi Benessere Organizzativo**

<i>Indicatori</i>	<i>Valore 2021</i>
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 58.104,83
Percentuale di personale assunto a tempo indeterminato	72%

#### **Analisi di Genere delle Risorse Umane**

<i>Indicatori</i>	<i>Valore 2021</i>
Percentuale di dirigenti donne	51%
Percentuale di donne rispetto al totale del personale	55%
Percentuale di personale donna assunto a tempo indeterminato	70%
Età media del personale femminile (dirigenti e non)	47
Percentuale di personale femminile con laurea	37%

Fonte dei dati: Flusso del personale 2021

**Statistiche di Genere**

**Statistiche Di Genere - Valori Medi e Percentuali su Organico Totale 2021**

	valore medio	donne	uomini
Numero Dipendenti		<b>54,7%</b>	<b>45,3%</b>
Età media	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>48</b>
Età media Dirigenti	<b>50</b>	<b>48</b>	<b>52</b>
Anzianità di servizio	<b>15,2</b>	<b>14,6</b>	<b>16</b>
Personale Laureato su Organico Totale	<b>37,5%</b>	<b>20,4%</b>	<b>17,1%</b>
Personale Tempo Indeterminato su Organico Totale	<b>72,3%</b>	<b>38,5%</b>	<b>33,8%</b>
Dirigenti su totale organico	<b>24,4%</b>	<b>12,5%</b>	<b>11,9%</b>
Personale Area Sanitaria	<b>77,0%</b>	<b>44,3%</b>	<b>32,7%</b>
Personale Area Amministrativa	<b>5,7%</b>	<b>3,4%</b>	<b>2,3%</b>
Personale Area Professionale e Tecnica	<b>17,3%</b>	<b>7,0%</b>	<b>10,3%</b>

**Statistiche Di Genere per Area - Percentuali su Organico Totale 2021**

	valore medio	donne	uomini
Medici	<b>22,3%</b>	<b>11,1%</b>	<b>11,2%</b>
Altri Dirigenti Sanitari	<b>1,7%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,5%</b>
Infermieri	<b>45,3%</b>	<b>27,2%</b>	<b>18,1%</b>
Altro Comparto sanitario	<b>7,8%</b>	<b>4,8%</b>	<b>3,0%</b>
Dirigenza PTA	<b>0,4%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,2%</b>
Comparto PTA	<b>22,4%</b>	<b>10,2%</b>	<b>12,2%</b>
Organi Direttivi	<b>0,09%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,09%</b>



## Le criticità e le opportunità

### Criticità

1. Articolazione in padiglioni separati che comporta:

- ritardi sull'iter diagnostico terapeutico;
- aumento dei costi di gestione con difficoltà ad ottimizzare i turni di guardia,
- duplicazione di attrezzature medicali,
- mancanza di un polo chirurgico unico.

2. Mancanza di un reparto di Ortopedia Pediatrica e di Neurochirurgia pediatrica al PO Di Cristina, sede di Trauma center Pediatrico.

3. Necessità di opere di ristrutturazione che rispondano a logiche organizzative di edilizia sanitaria moderna, nel rispetto della normativa vigente in tema di sicurezza.

4. Integrazione ospedale territorio poco sviluppata.

5. Persiste la scarsa integrazione fra i sistemi informatici esistenti, parziale copertura delle attività erogate.

6. Difficoltà di reclutamento di professionisti afferenti a specifiche discipline quali medici di Pronto Soccorso ed Anestesisti.

### Opportunità

1. presenza di tutte le specialità medico sanitarie in quanto ARNAS;

2. alta competenza tecnico-professionale;

3. garanzia dell'espletamento degli interventi chirurgici complessi in emergenza, al PO Civico, con un approccio multispecialistico e multidisciplinare, per fare "quanto occorre nello stesso tempo e in un unico posto".

Report Attività di Ricovero Ordinario - Anno 2021 versus anno 2020

Unità Operativa di dimissione	Anno	PL medi	TO	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	delta valore 2021-2020
0801 - Cardiologia	2020	23	90,5	1.217	1,7072	8,6	834	13	7.122.378	-52.174
	2021	23	99,2	1.186	1,7052	9,3	812	12	7.070.204	
0802 - Cardiologia Pediatrica	2020	10	55,6	208	0,7964	9,8	12	18	544.827	330.899
	2021	10	70,1	345	0,8228	7,7	16	47	875.726	
0901 - Chirurgia Generale e d'urgenza	2020	22	69,4	526	1,5938	11,8	396	111	2.852.327	683.271
	2021	22	84,9	666	1,5968	10,5	470	126	3.535.598	
0908 - Chirurgia Generale Oncologica	2020	21	93,0	478	2,1573	15,5	417	36	3.805.585	-37.130
	2021	23	94,5	472	2,1132	16,8	395	30	3.768.455	
0909 - Breast unit	2020	2	60,9	170	1,0312	2,6	162	13	466.980	-91.888
	2021	2	43,6	130	1,0426	2,4	129	9	375.092	
1001- Chirurgia Maxillo Facciale	2020	6	76,1	198	1,5503	9,1	160	37	999.132	204.868
	2021	9	78,8	222	1,6082	12,4	187	54	1.204.000	
1101 - Chirurgia Pediatrica	2020	12	52,1	480	0,8558	5,4	321	129	1.261.293	59.551
	2021	10	64,0	503	0,8761	5,0	331	115	1.320.844	
1201 - Chirurgia Plastica	2020	9	65,6	217	0,9996	11,4	201	121	677.581	86.474
	2021	6	95,2	198	1,2886	10,3	183	85	764.055	
1301 - Chirurgia Toracica	2020	9	90,1	381	1,6755	9,1	282	43	2.172.282	-146.525
	2021	9	92,4	314	1,8285	10,4	219	20	2.025.757	
1401 - Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	2020	12	76,5	367	2,0497	9,5	329	19	2.802.176	337.445
	2021	12	79,8	429	1,9814	8,7	392	20	3.139.621	
2401 - Malattie Infettive Pediatriche	2021	4	70,9	211	0,5986	4,7	4	28	433.620	-89.629
	2020	4	88,0	195	0,5109	6,1	1	43	343.991	
2402 - Malattie Infettive Civico	2020	3	71,1	39	1,5033	20,7	3		204.666	-96.407
	2021	2	80,7	20	1,6622	18,6	1	2	108.259	
2491 - Malattie Infettive Pediatriche COVID	2020	10	63,1	302	0,4324	3,0	2	62	309.371	286.605
	2021	10	68,7	655	0,4225	2,3	3	93	595.976	
2492 - Malattie Infettive COVID	2020	34	35,0	169	1,0702	19,7	2	1	665.539	628.603
	2021	23	53,0	271	1,4318	17,5	1	1	1.294.142	
2601 - Medicina Generale	2020	26	94,9	608	1,2758	14,8	58	40	2.543.729	-768.634
	2021	19	96,7	401	1,3253	15,3	46	28	1.775.095	
2602 - Medicina ad Indirizzo Geriatrico e Riabilitativo	2020	33	94,2	876	1,1399	13,2	40	103	3.160.660	307.014
	2021	36	88,7	854	1,2425	12,6	62	70	3.467.674	
2691 - II Medicina Generale COVID	2020	26	64,7	250	1,3784	17,5	6	2	1.180.696	358.480
	2021	22	73,0	303	1,4208	20,8	11	9	1.539.176	
2692 - I Medicina Generale COVID	2020	11	43,4	60	1,7495	16,4	2	2	348.014	273.672
	2021	12	69,9	131	1,2959	22,5	7		621.686	
3001 - Neurochirurgia	2020	19	72,6	456	2,4318	11,0	362	44	4.029.412	467.633
	2021	19	77,1	446	2,7506	12,8	359	27	4.497.045	

Report Attività di Ricovero Ordinario - Anno 2021 versus anno 2020

Unità Operativa di dimissione	Anno	PL medi	TO	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	delta valore 2021-2020
3101 - Nido	2020			1.432	0,1616	2,4		4	799.679	156.676
	2021			1.714	0,1615	2,4		3	956.355	
3201 - Neurologia	2020	22	101,7	499	1,3285	15,9	25	18	2.268.909	284.196
	2021	22	106,0	480	1,5064	17,2	50	23	2.553.105	
3301 - Neuropsichiatria Infantile	2020	8	107,7	501	0,6795	6,6	1	15	1.057.748	69.061
	2021	8	133,3	565	0,6340	6,9		35	1.126.809	
3401 - Oculistica	2020	3	28,4	68	0,8042	4,4	52	55	117.765	10.352
	2021	3	35,8	66	0,8114	5,9	48	47	128.117	
3601 - Ortopedia e Traumatologia	2020	20	77,1	499	1,5148	12,1	417	62	2.751.028	306.749
	2021	19	97,0	522	1,5860	12,5	453	47	3.057.777	
3701 - Ostetricia e Ginecologia	2020	27	84,6	2.440	0,5866	3,5	987	111	4.129.543	683.833
	2021	27	104,2	2.538	0,6152	4,0	1.142	87	4.813.376	
3702 - Ginecologia Oncologica	2020	11	93,7	404	1,4675	9,2	366	32	2.103.116	251.438
	2021	11	121,6	432	1,4982	11,1	402	25	2.354.554	
3801 - Otorinolaringoiatria	2020	7	72,8	358	1,1691	5,6	279	147	1.197.359	24.954
	2021	7	72,0	390	1,1264	4,8	306	161	1.222.313	
3901 - Pediatria ad Indirizzo gastroenterologico	2020	14	59,7	624	0,3679	5,1		61	807.938	246.466
	2021	14	76,3	787	0,3814	4,9	1	63	1.054.404	
3902 - Pediatria ad Indirizzo Allergologico Pneumologico e Fibrosi Cistica	2021	24	76,9	906	0,6503	7,7	5	62	2.091.771	-552.396
	2020	24	62,7	654	0,6589	8,4		41	1.539.375	
3904 - Pediatria Generale	2020	10	93,3	344	0,6271	8,3	2	138	608.192	-32.144
	2021	8	136,5	314	0,6629	9,4	2	156	576.048	
4301 - Urologia	2020	22	81,8	882	1,2848	7,6	760	87	4.023.826	157.204
	2021	22	88,2	934	1,2721	7,8	808	64	4.181.030	
4701 - Grandi Ustioni	2020	16	50,2	117	2,1460	24,9	50	5	934.750	490.268
	2021	7	133,7	122	2,6378	25,0	37	6	1.425.018	
4802 - Nefrologia abilitata ai Trapianti	2020	17	80,6	459	2,1859	11,5	189	32	3.318.877	-104.761
	2021	16	96,5	478	2,0170	11,6	184	28	3.214.116	
4901 - Anestesia e Rianimazione con Neuroranimazione	2020	4	79,3	57	3,5393	18,8	36		772.027	30.096
	2021	5	74,8	41	5,0188	23,4	25		802.123	
4902 - Anestesia e Rianimazione con Trauma Center	2020	12	87,4	217	4,5382	18,0	137		3.757.645	-348.331
	2021	12	93,7	198	4,5169	17,7	123	1	3.409.314	
4903 - Anestesia e Rianimazione Pediatrica con Trauma Center	2020	6	73,9	32	3,0768	103,7	9	1	843.562	-659.470
	2021	6	56,9	21	2,4841	17,9	4	1	184.092	
4991 - Terapia Intensiva COVID	2020	18	28,7	137	4,1100	14,9	10		2.071.010	78.510
	2021	15	36,8	140	3,9869	18,1	26		2.149.520	
4992 - Terapia Intensiva Pediatrica COVID	2020	3	0,3							41.310
	2021	3	1,8	2	5,3241	10,5	1		41.310	



Report Attività di Ricovero Ordinario - Anno 2021 versus anno 2020

Unità Operativa di dimissione	Anno	PL medi	TO	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	delta valore 2021-2020
5001 - UTIC	2020	9	88,6	59	1,6623	8,6	20	1	259.485	144.123
	2021	9	96,9	71	1,7237	10,1	38		403.608	
5101 - MCAU	2020	16	94,2	401	1,2610	10,4	13	13	1.548.862	-127.301
	2021	15	107,9	366	1,2505	13,1	11	13	1.421.561	
5102 - MCAU Di Cristina	2021	10	30,9	269	0,5128	3,5	2	29	445.681	-134.766
	2020	10	27,1	223	0,4343	4,2	2	35	310.915	
6001- Lungodegenza	2020	4	66,4	30	0,5838	41,4			183.106	-183.106
	2021									
6202 - Neonatologia	2020	10	69,9	313	2,9520	12,3	5	11	3.566.813	363.536
	2021	10	79,0	325	3,1836	13,5	2	17	3.930.349	
6406 - Oncologia	2020	20	84,3	347	1,2609	16,9	28	11	1.457.114	64.386
	2021	16	94,1	317	1,3487	17,1	47	19	1.521.500	
6502 - Oncoematologia Pediatrica	2020	9	78,4	395	1,2888	6,4	8	21	1.790.246	-304.772
	2021	8	85,1	350	1,2145	7,2	7	12	1.485.474	
6602 - Oncoematologia	2020	10	82,9	199	2,1013	14,6	17	95	1.497.046	68.878
	2021	10	81,1	198	2,1579	16,0	17	93	1.565.924	
6801 - Pneumologia	2020	11	89,5	187	1,2075	19,9	7	5	761.299	-120.949
	2021	11	89,0	153	1,1962	22,1		2	640.350	
6802 - UTIR	2020	5	84,2	67	6,4627	36,4	42		1.755.500	-1.228.363
	2021	2	91,5	22	5,7787	37,4	10		527.137	
6891 - Pneumologia COVID	2020	17	51,0	90	1,5435	21,7			473.430	159.634
	2021	13	74,2	124	1,2959	30,5			633.064	
6892 - UTIR COVID	2020	3	28,8	12	2,2456	7,6			78.049	13.620
	2021	2	39,9	9	2,7439	21,2	1		91.669	
7302 - UTIN	2020	8	59,6	21	0,7155	19,0	1		105.917	14.857
	2021	8	75,3	12	1,6674	31,1	1		120.774	
7701 - Pediatria ad Indirizzo Nefrologico e dialisi	2020	6	69,2	315	0,6450	4,9	3	152	605.665	-80.842
	2021	4	91,0	267	0,6650	5,0	4	145	524.823	
9401 - Terapia semiintensiva COVID	2020	5	14,0	3	0,8876	3,7			5.901	-5.901
	2021	1								
9701 - Medicina Detenuti	2020	5	75,9	78	0,7955	17,8	7	30	246.723	-2.456
	2021	5	90,3	73	0,8704	18,5	6	20	244.267	
9702 - Chirurgia Detenuti	2020	5	54,2	62	0,7717	15,7	20	40	176.310	-77.301
	2021	5	35,0	33	0,9183	14,1	12	14	99.009	
9901 - Hospice	2020	14	56,7	160	0,2994	17,5			700.500	-96.250
	2021	13	50,6	142	0,2801	17,0			604.250	

Relazione sulla Performance 2021 – ARNAS Civico

Ricovero Day Hospital - Anno 2021 versus anno 2020

Unità Operativa di dimissione	Anno	PL medi	TO	N. Casi	N. Accessi	N. DRG ARI	Valore	delta valore 2021-2020
0801 - Cardiologia	2020	6,0	4,7	139	146	28	272.873	84.570
	2021	6,0	6,0	182	182	47	357.443	
0901 - Chirurgia Generale e d'urgenza	2020	1,9	1,7	6	12	6	6.570	13.667
	2021	1,7	4,7	16	37	12	20.237	
0908 - Chirurgia Generale Oncologica	2020	1,0	7,6	15	32	9	18.018	-4.386
	2021	1,0	4,0	11	19	8	13.632	
0909 - Breast unit	2020	1,9	30,4	75	304	33	105.090	-16.581
	2021	2,0	23,7	56	247	24	88.509	
1001- Chirurgia Maxillo Facciale	2020	1,0	31,3	35	130	28	44.070	-14.779
	2021	1,9	11,2	27	110	19	29.291	
1101 - Chirurgia Pediatrica	2020	2,0	63,8	247	592	195	279.261	21.287
	2021	2,0	71,2	281	740	226	300.548	
1201 - Chirurgia Plastica	2020	2,0	51,9	170	552	104	236.445	117.117
	2021	2,0	75,1	254	791	152	353.562	
1301 - Chirurgia Toracica	2020	1,0	34,7	160	180	4	258.043	-32.080
	2021	1,0	35,8	144	176	7	225.963	
1401 - Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	2020	0,5	2,3	3	12	2	2.582	2.049
	2021	1,6	0,9	4	7	2	4.631	
1804 - Ematologia e Talassemia	2020	7,0	97,6	202	3.578	5	796.350	14.317
	2021	7,0	99,7	198	3.641	11	810.667	
2402 - Malattie Infettive Civico	2020	0,5	10,3	3	27		6.342	-5.648
	2021	0,4	1,4	3	3		694	
2601 - Medicina Generale	2020	2,0	0,8	2	12		4.805	-2.589
	2021	2,0	1,0	1	8		2.216	
2602 - Medicina ad Indirizzo Geriatrico e Riabilitativo	2020	4,0	37,0	101	766	47	177.150	-34.566
	2021	4,0	29,3	96	603	50	142.584	
3301 - Neuropsichiatria Infantile	2020	3,2	11,5	44	195	13	39.398	-30.949
	2021	4,0	2,1	20	42	7	8.449	
3401 - Oculistica	2020	1,0	100,0	122	507	108	167.603	-23.140
	2021	1,0	65,9	120	325	102	144.463	
3601 - Ortopedia e Traumatologia	2020	1,8	8,0	31	61	16	42.866	13.973
	2021	1,9	12,2	41	118	25	56.839	
3701 - Ostetricia e Ginecologia	2020	4,3	78,9	576	1.698	106	590.890	177.751
	2021	3,0	155,0	789	2.438	99	768.641	
3702 - Ginecologia Oncologica	2020	1,0	24,8	56	104	14	61.660	-21.004
	2021	1,0	14,6	44	70	18	40.656	
3801 - Otorinolaringoiatria	2020	2,7	76,3	271	898	189	400.882	-7.863
	2021	2,0	84,6	268	876	170	393.019	
3901 - Pediatria ad Indirizzo gastroenterologico	2020	2,0	1,4	7	15	7	2.340	5.911
	2021	2,0	3,5	14	36	4	8.251	

Ricovero Day Hospital - Anno 2021 versus anno 2020

Unità Operativa di dimissione	Anno	PL medi	TO	N. Casi	N. Accessi	N. DRG ARI	Valore	delta valore 2021-2020
3902 - Pediatria ad Indirizzo Allergologico Pneumologico e Fibrosi Cistica	2020	2,0	0,5	1	5		1.095	-713
	2021	2,0	0,2	1	2		382	
3904 - Pediatria Generale	2020	3,4	15,1	26	270	24	56.562	-33.037
	2021	3,0	12,2	18	108	15	23.525	
4301 - Urologia	2020	2,0	54,3	181	436	91	180.928	60.759
	2021	2,5	46,9	229	611	86	241.687	
4802 - Nefrologia abilitata ai Trapianti	2020	1,0	8,8	9	44	4	9.597	-2.982
	2021	1,0	6,1	8	27	4	6.615	
5201 - Dermatologia	2020	1,2	10,6	23	64	12	22.037	-22.037
	2021							
5801 - Gastroenterologia con Endoscopia Digestiva	2020	2,5	22,9	91	300	8	107.196	78.357
	2021	2,0	52,5	132	548	12	185.553	
6406 - Oncologia	2020	3,7	0,1	1	2	1	308	6.617
	2021	2,8	1,5	5	16	3	6.925	
6502 - Oncoemat. Pediatrica	2020	7,0	68,5	318	2.511	50	758.391	96.812
	2021	7,0	77,1	327	2.817	54	855.203	
6602 - Oncoematologia	2020	3,9	43,8	83	898	22	294.046	-43.187
	2021	4,0	50,3	78	722	43	250.859	
7701 - Pediatria ad Indirizzo Nefrologico	2020	1,0						7.379
	2021	1,0	5,8	5	30	2	7.379	
9601 - Terapia del dolore	2020	2,0	10,9	90	114		198.016	138.968
	2021	3,8	7,6	132	151	1	336.984	



Report Attività di Day Service - Anno 2021 versus Anno 2020

Unità Operativa Erogante	Anno	N. PAC avviati	N. PAC erogati	N. Accessi	Valore	delta valore 2021-2020
0101 - Allergologia	2020	54	54	120	6.515	-2.340
	2021	31	31	90	4.175	
0801 - Cardiologia	2020	35	37	555	6.542	177
	2021	51	38	555	6.718	
0802 - Cardiologia Pediatrica	2020	100	99	217	18.173	-216
	2021	89	88	228	17.957	
0908 - Chirurgia Generale Oncologica	2020	4	4	5	2.909	-2.909
	2021	1				
0909 - Breast unit	2020	117	116	223	115.305	947
	2021	122	125	358	116.252	
1001- Chirurgia Maxillo Facciale	2020	78	75	274	80.786	73.469
	2021	143	146	569	154.255	
1101 - Chirurgia Pediatrica	2020	136	136	307	67.604	-9.386
	2021	129	121	289	58.218	
1201 - Chirurgia Plastica	2020	399	400	957	118.959	-21.901
	2021	251	257	676	97.059	
1301 - Chirurgia Toracica	2020	19	21	38	14.519	1.126
	2021	25	27	34	15.645	
1401 - Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	2020	15	15	25	20.860	35.367
	2021	48	46	110	56.227	
1804 - Ematologia con talassemia	2020	34	34	107	7.034	771
	2021	39	38	145	7.805	
2401 - Malattie Infettive Pediatriche	2020	42	42	170	8.363	-2.090
	2021	37	31	133	6.273	
2402 - Malattie Infettive Civico	2020					177
	2021	1	1	1	177	
2601 - Medicina Generale	2020	86	100	318	21.616	-6.371
	2021	89	83	339	15.245	
2602 - Medicina ad Indirizzo Geriatrico e Riabilitativo	2020	204	206	721	48.544	-23.447
	2021	96	94	282	25.097	
3201 - Neurologia	2020	170	172	677	31.280	14.114
	2021	267	267	1.564	45.394	
3301 - Neuropsichiatria Infantile	2020	120	121	344	20.390	8.303
	2021	174	172	386	28.693	
3401 - Oculistica	2020	1.218	1.197	4.066	1.247.042	-78.785
	2021	2.024	1.332	3.779	1.168.257	

Report Attività di Day Service - Anno 2021 versus Anno 2020

Unità Operativa Erogante	Anno	N. PAC avviati	N. PAC erogati	N. Accessi	Valore	delta valore 2021-2020
3601 - Ortopedia e Traumatologia	2020	117	117	188	97.944	-29.211
	2021	66	64	134	68.734	
3801 - Otorinolaringoiatria	2020	298	298	742	167.470	2.847
	2021	282	281	547	170.317	
3901 - Pediatria ad Indirizzo gastroenterologico	2020	29	29	62	4.169	-1.308
	2021	19	19	51	2.861	
3902 - Pediatria ad Ind. Allergologico Pneumologico e Fibrosi Cistica	2020	46	50	96	7.420	-1.860
	2021	42	40	54	5.560	
3904 - Pediatria Generale	2020	1.032	1.004	1.893	175.581	6.297
	2021	1.340	1.112	1.842	181.879	
4301 - Urologia	2020	230	230	1.763	264.450	-49.285
	2021	221	211	1.437	215.165	
4901 - Anestesia e Rian. con Neuroranimazione	2020					2.226
	2021		1	1	2.226	
5102 - MCAU Di Cristina	2020					0
	2021	1				
5201 - Dermatologia	2020	36	36	78	4.986	-3.259
	2021	10	10	22	1.727	
5801 - Gastroenterologia con Endoscopia Digestiva	2020	75	76	241	25.859	-18.580
	2021	28	28	92	7.279	
6202 - Neonatologia	2020	1	1	4	210	-210
	2021					
6406 - Oncologia	2020	865	859	6.720	1.004.319	-64.128
	2021	1.006	1.000	6.375	940.191	
6502 - Oncoemat. Pediatrica	2020	17	17	115	4.740	-1.788
	2021	6	6	25	2.952	
6602 - Oncoematologia	2020	85	84	942	141.977	-23.277
	2021	80	76	903	118.700	
7701 - Pediatria ad Indirizzo Nefrologico	2020	170	170	308	32.216	-4.437
	2021	143	144	222	27.779	
9601 - Terapia del dolore	2020	3	2	2	1.171	-1.171
	2021					
9901 - Hospice	2020	12	16	52	2.420	-148
	2021	12	11	32	2.272	



Report Attività Produttive Ambulatoriali - Anno 2021 versus Anno 2020

Unità Operativa Erogante	Anno	Flusso C - n. prestazioni	Flusso C - valore	Flusso CPS - n. prestazioni	Flusso CPS - valore	delta valore 2021-2020
0101 - Allergologia	2020	7.487	162.997			30.962
	2021	9.267	193.959			
0302 - Anatomia Patologica	2020	8.551	408.355			105.322
	2021	10.861	513.677			
0801 - Cardiologia	2020	7.088	160.457	2.128	38.077	65.669
	2021	10.146	228.186	1.878	36.017	
0802 - Cardiologia Pediatrica	2020	9.593	266.380	1.688	38.761	83.570
	2021	12.643	355.739	1.575	32.972	
0901 - Chirurgia Generale e d'urgenza	2020	445	5.805	529	10.929	17.736
	2021	1.212	20.205	752	14.265	
0908 - Chirurgia Generale Oncologica	2020	385	7.047	6	124	4.610
	2021	678	11.778	1	4	
0909 - Breast unit	2020	3.273	32.163			-6.825
	2021	2.539	25.338			
1001- Chirurgia Maxillo Facciale	2020	1.596	27.517	344	7.107	2.132
	2021	1.874	31.614	256	5.142	
1101 - Chirurgia Pediatrica	2020	2.352	44.659	2.002	41.361	8.359
	2021	3.064	55.144	1.949	39.236	
1201 - Chirurgia Plastica	2020	4.421	55.814	3.049	63.023	30.476
	2021	6.403	80.666	3.422	68.647	
1202 - Piede Diabetico	2020	5.634	69.735			-69.735
	2021					
1301 - Chirurgia Toracica	2020	442	9.795	78	1.611	-3.885
	2021	279	5.235	111	2.286	
1401 - Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	2020	1.634	51.709	333	6.880	-5.697
	2021	1.839	43.022	495	9.870	
1801 - Medicina Trasfusionale	2020	193	46.501			6.562
	2021	212	53.063			
1804 - Ematologia e Talassemia	2020	463	8.093	40	805	3.643
	2021	672	11.761	40	780	
1901 - Dietologia	2020	175	2.611			-2.547
	2021	5	63			
2401 - Malattie Infettive Pediatriche	2020	447	7.038	147	3.037	-3.968
	2021	310	4.708	70	1.400	
2402 - Malattie Infettive Civico	2020	6.559	65.318	188	3.884	-9.747
	2021	5.831	58.451	49	1.005	
2491 - Malattie Infettive Pediatriche COVID	2020					625
	2021			31	625	
2492 - Malattie Infettive COVID	2020					21
	2021			1	21	
2601 - Medicina Generale	2020	1.083	21.654	6	124	5.655
	2021	1.574	27.329	5	103	
2602 - Medicina ad Indirizzo Geriatrico e Riabilitativo	2020	9.714	140.580			174.966
	2021	23.641	315.546			

Relazione sulla Performance 2021 – ARNAS Civico

Report Attività Produttive Ambulatoriali - Anno 2021 versus Anno 2020

Unità Operativa Erogante	Anno	Flusso C - n. prestazioni	Flusso C - valore	Flusso CPS - n. prestazioni	Flusso CPS - valore	delta valore 2021-2020
3001 - Neurochirurgia	2020	832	14.869	625	12.912	5.449
	2021	991	17.682	783	15.549	
3101 - Nido	2020					873
	2021	13	191	33	682	
3201 - Neurologia	2020	2.779	40.458	2.246	46.402	48.976
	2021	6.002	82.960	2.620	52.876	
3202 - Neurofisiopatologia	2020	1.820	73.972	522	12.131	47.141
	2021	2.892	112.959	871	20.285	
3301 - Neuropsichiatria Infantile	2020	1.156	23.222	1.727	36.573	21.324
	2021	2.108	42.716	1.954	38.403	
3302 - Psicologia Clinica	2020	56	1.104			416
	2021	75	1.442	4	77	
3401 - Oculistica	2020	2.575	45.986	10.230	211.352	15.128
	2021	4.048	66.597	10.029	205.869	
3601 - Ortopedia e Traumatologia	2020	3.291	47.655	2.939	60.720	5.146
	2021	3.210	42.286	3.556	71.234	
3701 - Ostetricia e Ginecologia	2020	7.881	173.857	344	4.697	11.907
	2021	8.018	182.249	404	8.213	
3702 - Ginecologia Oncologica	2020	899	14.531			17.290
	2021	1.668	31.767	3	54	
3801 - Otorinolaringoiatria	2020	6.153	98.040	4.006	82.764	44.333
	2021	8.897	143.674	3.998	81.463	
3901 - Pediatria ad Indirizzo gastroenterologico	2020	690	11.861	2	41	3.724
	2021	873	15.455	9	170	
3902 - Pediatria ad Ind. Allergologico Pneumologico e Fibrosi Cistica	2020	2.383	42.246	5	103	11.724
	2021	3.306	54.032	2	41	
3904 - Pediatria Generale	2020	1.386	20.298	6	124	-2.319
	2021	1.153	17.813	14	289	
4301 - Urologia	2020	4.545	136.863	1.251	25.834	577
	2021	4.817	138.085	1.292	25.189	
4701 - Grandi Ustioni	2020	389	4.232			4.027
	2021	752	8.177	6	83	
4802 - Nefrologia abilitata ai Trapianti	2020	30.082	1.705.366	174	4.230	156.089
	2021	33.834	1.854.804	269	10.881	
4901 - Anestesia e Rian. con Neuroranimazione	2020			21	434	55.360
	2021	5.544	55.368	21	426	
4902 - Anestesia e Rian. con Trauma Center	2020	6	124	173	3.574	-1.510
	2021	120	866	64	1.322	
4903 - Anestesia e Rian. Ped. con Trauma Center	2020	11	85	28	578	-57
	2021	8	139	23	467	
4909 - Centrale Operativa 118 (Camera Iperbarica)	2020	573	33.915			104.825
	2021	1.882	138.740			
5101 - MCAU	2020			1	21	-21
	2021					
5201 - Dermatologia	2020	3.205	41.735	9	186	-19.547
	2021	1.653	22.332	2	41	

Relazione sulla Performance 2021 – ARNAS Civico

Report Attività Produttive Ambulatoriali - Anno 2021 versus Anno 2020

Unità Operativa Erogante	Anno	Flusso C - n. prestazioni	Flusso C - valore	Flusso CPS - n. prestazioni	Flusso CPS - valore	delta valore 2021-2020
5602 - Recupero e Riabilitazione	2020	4.368	93.340			-16.656
	2021	3.696	76.672	1	13	
5801 - Gastroenterologia con Endoscopia Digestiva	2020	8.441	384.677	113	5.471	217.370
	2021	12.773	600.757	169	6.761	
6101 - Medicina Nucleare	2020	3.333	205.786			-8.033
	2021	2.839	197.752			
6202 - Neonatologia	2020	439	9.676	148	3.058	977
	2021	565	11.910	92	1.800	
6404 - Lab.Specialistico di Oncologia	2020	4.810	144.147	4	14	55.369
	2021	8.830	199.520	3	10	
6406 - Oncologia	2020	9.247	180.175	99	2.045	39.409
	2021	11.376	219.894	87	1.735	
6502 - Oncoematologia Pediatrica	2020	2.059	27.207			4.815
	2021	2.358	32.001	1	21	
6602 - Oncoematologia	2020	2.413	36.925	30	620	-302
	2021	2.432	36.261	49	981	
6801 - Pneumologia	2020	2.030	43.290	116	2.397	-11.126
	2021	1.607	34.023	26	537	
6802 - UTIR	2020	304	4.559	4	83	-1.898
	2021	126	2.702	2	41	
6804 - Endoscopia Bronchiale	2020	851	53.573	14	996	3.278
	2021	851	56.164	24	1.684	
6891 - Pneumologia COVID	2020					39
	2021			3	39	
6901 - Radiologia Diagnostica	2020	11.157	663.100	24.186	1.086.963	515.157
	2021	14.835	923.295	28.905	1.341.924	
6902 - Radiologia Pediatrica	2020	3.185	137.928	5.832	224.063	116.060
	2021	4.622	218.864	6.582	259.187	
6904 - Neuroradiologia	2020	1.241	173.337	1.280	119.611	221.219
	2021	2.838	406.448	1.014	107.719	
7001 - Radioterapia	2020	30.777	2.502.263			245.055
	2021	32.334	2.747.318			
7701 - Pediatria ad Indirizzo Nefrologico	2020	2.646	127.184	248	5.124	14.679
	2021	3.478	141.846	250	5.142	
9601 - Terapia del dolore	2020	15.542	366.151	1	21	43.621
	2021	13.664	409.772	1	21	
9801 - Patologia Clinica Civico	2020	204.976	757.063	214.253	549.516	282.655
	2021	191.761	877.081	287.052	712.153	
9802 - Microbiologia e Virologia	2020	23.144	593.002	11.423	657.518	-357.525
	2021	19.147	426.920	9.147	466.075	
9803 - Patologia Clinica Di Cristina	2020	47.312	748.068	12.585	22.759	-363.819
	2021	29.091	397.520	5.100	9.488	
9805 - Laboratorio Specialistico Genetica Molecolare	2020	4.372	452.572			399.716
	2021	6.800	852.259	3	29	
9901 - Hospice	2020	25	406	2	41	-448
	2021					



### Attività di Pronto Soccorso

L'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli è sede di:

- Pronto Soccorso Generale e di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico al PO Civico,
- Pronto Soccorso Pediatrico al PO G. Di Cristina,

Rispetto all'anno 2020, nel 2021, si è registrato un incremento complessivo di circa 10.000 accessi.

PS. Civico - PS. G. Di Cristina - PS. Ostetrico Ginecologico  
n. Accessi per codice triage

Triage	Anno 2021			Anno 2020		
	PS. Civico	PS. Di Cristina	PS. Ostetrico Ginecologico	PS. Civico	PS. Di Cristina	PS. Ostetrico Ginecologico
Bianco	5.049	101	273	7.292	134	545
Verde	30.822	14.305	4.093	24.583	13.732	4.029
Giallo	13.182	9.591	4.118	12.209	5.908	3.430
Rosso	1.961	273	59	2.063	172	29
X	2.244	2		2.004		
Nero	7			5		
<b>Totale accessi</b>	<b>53.265</b>	<b>24.272</b>	<b>8.543</b>	<b>48.156</b>	<b>19.946</b>	<b>8.033</b>

Relazione sulla Performance 2021 – ARNAS Civico

Consumo Beni per UO

UO_Attribuzione_Costi	Descrizione_UO_Attribuzione_Costi	Farmaci Ordinario + FileT Anno 2021	Distribuzione Diretta 2021	Dispositivi Anno 2021	Altri Beni Sanitari Anno 2021	Beni Sanitari Importo Totale Anno 2021
<b>Totale</b>	<b>Totale</b>	<b>€ 16.694.565,39</b>	<b>€ 34.299.210,03</b>	<b>€ 38.882.821,46</b>	<b>€ 104.470,44</b>	<b>€ 89.952.201,75</b>
R_08.01	Cardiologia	€ 238.800,56	€ 117.005,13	€ 5.767.293,33	€ 490,02	€ 6.123.589,04
R_98.02	Microbiologia e Virologia	€ 78,13	€ 0,00	€ 3.318.176,46	€ 14,46	€ 3.318.269,05
R_98.01	Patologia Clinica	€ 505,38	€ 0,00	€ 2.700.108,70	€ 83,63	€ 2.700.697,71
R_14.01	Chirurgia Vascolare	€ 122.543,15	€ 4.102,72	€ 2.529.224,64	€ 269,28	€ 2.656.139,79
R_18.01	Medicina Trasfusionale ed Imm	€ 6.393,16	€ 0,00	€ 1.716.561,73	€ 1.400,03	€ 1.724.354,92
R_48.02	Nefrologia e Dialisi con Trapiar	€ 396.097,75	€ 116.967,55	€ 1.646.890,75	€ 42,79	€ 2.159.998,83
R_30.01	Neurochirurgia	€ 160.902,48	€ 5.295,02	€ 1.523.919,18	€ 147,30	€ 1.690.263,98
R_58.01	Gastroenterologia	€ 65.646,88	€ 716.260,25	€ 1.474.749,76	€ 0,00	€ 2.256.656,88
R_10.01	Chirurgia Maxillo Facciale	€ 42.510,00	€ 176,54	€ 1.441.704,45	€ 909,84	€ 1.485.300,83
R_69.01	Radiologia	€ 300.670,03	€ 0,00	€ 1.270.119,10	€ 1.522,83	€ 1.572.311,96
R_98.03	Patologia Clinica PO Di Cristina	€ 251,86	€ 0,00	€ 1.142.459,66	€ 0,00	€ 1.142.711,52
R_37.02	Ginecologia Oncologica	€ 113.957,63	€ 8.667,23	€ 1.095.595,12	€ 13,20	€ 1.218.233,18
R_09.08	Chirurgia Generale Oncologica	€ 350.932,61	€ 6.356,58	€ 1.079.595,27	€ 1.007,14	€ 1.437.891,61
R_36.01	Ortopedia e Traumatologia	€ 85.593,05	€ 14.803,57	€ 1.018.564,49	€ 184,88	€ 1.119.145,98
R_43.01	Urologia	€ 234.333,63	€ 8.021,78	€ 929.454,39	€ 55,29	€ 1.171.865,08
R_69.04	Neuroradiologia	€ 107.468,74	€ 26.695,26	€ 828.679,40	€ 0,00	€ 962.843,41
R_09.01	Chirurgia Generale e d'urgenza	€ 179.808,97	€ 5.540,68	€ 781.566,75	€ 79,40	€ 966.995,80
R_37.01	Obstetricia e Ginecologia	€ 273.425,73	€ 22.222,89	€ 737.012,01	€ 0,00	€ 1.032.660,63
R_51.01	Mcau con pronto soccorso e Ol	€ 265.051,27	€ 2.128,35	€ 708.301,70	€ 1.233,99	€ 976.715,31
R_34.01	Ocullistica	€ 50.188,92	€ 581.485,75	€ 622.659,30	€ 0,00	€ 1.254.333,97
R_03.02	Anatomia Patologica	€ 0,00	€ 0,00	€ 601.577,87	€ 0,00	€ 601.577,87
R_13.01	Chirurgia Toracica	€ 65.747,76	€ 4.832,19	€ 436.714,06	€ 17,35	€ 507.311,36
R_96.01	Terapia del Dolore	€ 28.548,16	€ 0,00	€ 415.399,99	€ 0,00	€ 443.948,15
R_49.02	Anestesia e Rianimazione Con	€ 491.432,25	€ 0,00	€ 407.773,67	€ 10.545,92	€ 909.751,85
R_49.01	Anestesia e Rianimazione con I	€ 328.427,05	€ 49,08	€ 407.219,03	€ 21.834,34	€ 757.529,50
R_26.02	Medicina Generale II	€ 478.796,93	€ 8.163.859,30	€ 383.536,18	€ 5.355,71	€ 9.031.548,12
R_38.01	Otorinolaringoiatria	€ 63.958,18	€ 50.373,08	€ 350.707,26	€ 775,39	€ 465.813,91
R_64.06	Oncologia	€ 4.951.855,27	€ 3.560.585,58	€ 334.376,47	€ 1.227,51	€ 8.848.044,82
R_62.02	Neonatologia e Utin	€ 129.450,87	€ 180.475,67	€ 243.846,99	€ 745,23	€ 554.518,76
R_11.01	Chirurgia Pediatrica	€ 63.255,87	€ 312,55	€ 232.491,43	€ 420,72	€ 296.480,57
R_12.01	Chirurgia Plastica	€ 133.355,17	€ 81,30	€ 227.193,01	€ 40,23	€ 360.669,71
R_24.02	Malattie Infettive e Tropicali	€ 127.235,73	€ 4.760.969,46	€ 204.225,33	€ 2.670,82	€ 5.095.101,34
R_26.01	Medicina Generale I	€ 197.582,76	€ 61.649,74	€ 195.830,19	€ 7.618,87	€ 462.681,56
R_64.04	Laboratorio Specialistico di Onc	€ 212,55	€ 0,00	€ 191.074,90	€ 3,97	€ 191.291,42
R_68.04	Endoscopia Bronchiale	€ 5.913,08	€ 17.472,40	€ 185.388,33	€ 20,74	€ 208.794,55
R_68.02	Utr	€ 123.679,46	€ 278,16	€ 174.758,29	€ 19.262,74	€ 317.978,65
R_68.01	Pneumologia	€ 153.971,41	€ 160.632,18	€ 152.749,80	€ 6.019,82	€ 473.373,21
R_51.02	Pronto Soccorso Pediatrico con	€ 15.111,51	€ 332,45	€ 149.687,98	€ 136,20	€ 165.268,15
R_CRT	Centro regionale trapianti	€ 0,00	€ 0,00	€ 124.137,71	€ 0,00	€ 124.137,71
R_32.01	Neurologia con Stroke	€ 446.344,37	€ 2.398.191,78	€ 117.122,95	€ 1.009,13	€ 2.962.668,23
R_77.01	Pediatria ad Indirizzo Nefrologi	€ 399.596,62	€ 328.370,72	€ 106.780,76	€ 147,42	€ 834.895,53
R_49.03	Anestesia e Rianimazione Pedie	€ 39.410,33	€ 0,00	€ 97.642,15	€ 7.374,07	€ 144.426,55
R_65.02	Oncoematologia Pediatrica	€ 787.279,47	€ 155.292,56	€ 97.134,51	€ 266,93	€ 1.039.973,47
R_98.05	Genetica Molecolare	€ 11,41	€ 0,00	€ 93.062,18	€ 1.294,17	€ 94.367,77
R_24.01	Pediatria ad Indirizzo Infettivol	€ 14.082,41	€ 105.230,64	€ 92.770,01	€ 642,35	€ 212.725,41
R_FARM	Farmacia	€ 220.460,29	€ 26.718,40	€ 91.790,13	€ 0,00	€ 310.103,25
R_66.02	Oncoematologia con Trapianto	€ 1.847.469,11	€ 1.813.552,69	€ 85.143,49	€ 23,14	€ 3.746.188,44
R_39.02	Pediatria ad Indirizzo Pneumok	€ 775.131,72	€ 3.509.113,16	€ 49.045,69	€ 1.507,87	€ 4.334.798,43
R_39.04	Pediatria Generale	€ 152.991,17	€ 5.046.054,38	€ 35.613,23	€ 1.633,33	€ 5.236.292,11
R_61.01	Medicina Nucleare	€ 132.756,40	€ 0,00	€ 33.592,94	€ 0,00	€ 166.349,34
R_49.09	Centrale Operativa 118	€ 4.519,18	€ 0,00	€ 30.230,22	€ 0,00	€ 34.749,40
R_69.02	Radiologia Pediatrica	€ 34.151,04	€ 0,00	€ 29.433,62	€ 0,00	€ 63.584,67
R_C.C.	CostiComuni	€ 1.388.036,11	€ 0,00	€ 28.739,85	€ 28,72	€ 1.416.804,68
R_99.01	Hospice	€ 20.706,72	€ 0,00	€ 24.069,22	€ 201,68	€ 44.977,62
R_70.01	Radioterapia	€ 794,54	€ 0,00	€ 23.093,78	€ 559,62	€ 24.447,94
R_08.02	Cardiologia Pediatrica	€ 5.331,85	€ 42.069,47	€ 22.611,15	€ 283,99	€ 70.296,46
R_00.01	Direzione Medica Ospedale Civi	€ 274,01	€ 0,00	€ 20.519,07	€ 592,26	€ 21.385,35
R_39.01	Pediatria a Indirizzo Gastroent	€ 9.206,56	€ 15.394,94	€ 17.505,11	€ 3.181,19	€ 45.287,80
R_33.01	Neuropsichiatria Infantile	€ 15.333,64	€ 35.135,27	€ 11.666,92	€ 1.574,92	€ 63.710,74
R_18.04	Ematologia con Talassemia	€ 4.407,86	€ 2.225.654,08	€ 11.541,77	€ 0,00	€ 2.241.603,70
R_40.01	Psichiatria	€ 33.956,35	€ 353,50	€ 5.659,20	€ 0,00	€ 39.969,05
R_97.01	Medicina Penitenziaria	€ 8.620,29	€ 446,03	€ 4.163,82	€ 0,00	€ 13.230,14
R_SS.15	Affari Generali	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.660,17	€ 0,00	€ 1.660,17
R_ST.01	Staff	€ 0,00	€ 0,00	€ 761,29	€ 0,00	€ 761,29
R_00.02	Direzione Medica Ospedale "Di	€ 0,00	€ 0,00	€ 98,49	€ 0,00	€ 98,49
R_SS.05	Gestione Tecnica	€ 0,00	€ 0,00	€ 45,05	€ 0,00	€ 45,05
R_SS.04	Provveditorato	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

### **Risorse, efficienza, economicità**

Il risultato negoziato nel 2021 con la Regione è stato raggiunto (in termini di risorse disponibili e obiettivi da raggiungere) ed è stato perseguito attraverso:

1. la puntuale attività di elaborazione e verifica tecnico professionale sulla qualità/attendibilità e regolarità dei flussi del Sistema Informativo sanitario (Mod. CE, SP, CP, LA);
2. la valutazione della coerenza con gli obiettivi del tavolo di monitoraggio, relativamente ai dati economico-finanziari (Mod. CE, SP, CP, LA);
3. l'analisi tecnico professionale e produzione di specifici report interni a base contabile.

Il monitoraggio economico di periodo è stato effettuato attraverso:

1. report mensile su andamento spesa sanitaria di beni e servizi (elaborazioni interne)
2. report trimestrale su andamento spesa sanitaria e attività erogata (Modello CE),
3. report semestrale su andamento spesa sanitaria e attività erogata (relazione semestrale Assessorato al Bilancio).
4. report annuale (Bilancio d'esercizio).

La procedura di controllo interno dei flussi economici ha previsto:

1. elaborazione modello economico di periodo
2. analisi degli scostamenti
3. analisi e determinazione eventuali correttivi mediante periodici tavoli tecnici di direzione.

La suddetta procedura di controllo ha consentito altresì il soddisfacimento, nel corso dell'esercizio 2021, del debito informativo aziendale nei confronti della Regione attraverso la raccolta, verifica e trasmissione dei suddetti flussi informativi regionali.

Si fornisce di seguito una rappresentazione dei principali aggregati economici rilevati nella gestione dell'anno 2021 e loro variazione complessiva rispetto al precedente anno 2020, utilizzando come fonte i valori inseriti nei modelli CE consuntivi:

Relazione sulla Performance 2021 – ARNAS Civico

CODICE	VOCE NUOVO MODELLO CE (1)	analitico CNS 2017	analitico CNS 2018	analitico CNS 2019	analitico CNS 2020	analitico CNS 2021 *
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	153.266.108	153.149.755	151.115.180	182.509.076	182.041.409,00
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 2.966.224	- 5.087.841	- 685.633	- 9.277.713	- 410.055,00
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	7.559.563	17.092.084	1.502.281	436.570	3.295.309,00
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	176.184.607	177.907.537	171.398.746	153.534.579	159.626.091,00
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.241.063	2.639.489	4.926.540	5.473.174	3.901.305,00
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.631.075	1.517.177	1.507.550	947.301	1.062.549,00
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	10.714.341	9.866.087	9.212.497	10.116.042	11.062.139,00
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	623.723	576.438	608.268	379.480	374.655,00
AZ9999	<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>350.254.256</b>	<b>357.660.724</b>	<b>339.585.429</b>	<b>344.118.509</b>	<b>360.953.402,00</b>
BA0010	B.1) Acquisti di beni	79.074.660	85.576.066	91.011.357	89.485.570	90.168.532,00
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	51.127.976	61.105.337	51.864.267	47.425.553	54.361.348,00
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	33.343.229	43.178.909	33.026.787	27.576.229	29.324.910,00
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	17.784.748	17.926.428	18.837.480	19.849.324	25.036.438,00
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	11.686.801	11.737.069	12.505.903	12.769.165	14.014.865,00
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	2.528.664	3.073.177	2.872.376	3.626.454	4.129.447,00
BA2080	Totale Costo del personale	154.143.357	157.333.562	154.705.691	157.196.271	159.226.128,00
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.518.790	2.120.264	1.886.971	1.853.194	1.577.631,00
BA2560	Totale Ammortamenti	11.689.122	10.671.151	9.827.493	10.569.139	11.514.524,00
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	174.960	-
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	- 1.557.938	493.804	- 2.966.899	- 503.948	1.876.323,00
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	27.671.575	16.288.332	9.604.806	18.781.450	17.810.605,00
BZ9999	<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>338.883.006</b>	<b>348.398.762</b>	<b>331.311.965</b>	<b>341.377.808</b>	<b>354.679.403,00</b>
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 51.766	- 7.577	- 40.366	- 102.016	- 96.475,00
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	1.417	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	- 988.160	999.627	2.073.588	7.742.846	5.230.916,00
YZ9999	Totale imposte e tasse	10.046.289	10.219.971	10.250.401	10.336.651	11.359.052,00
ZZ9999	<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>285.035</b>	<b>34.041</b>	<b>56.285</b>	<b>43.463</b>	<b>49.388</b>

Il risultato economico conseguito nell'anno 2021 pari ad €. 49.388. L'Azienda è ancora in attesa dell'assegnazione definitiva da parte delle Regione dei Contributi FSN 2020. I dati riportati in tabella potranno essere oggetto di aggiornamento nelle more della definizione dell'assegnazione definitiva

### 2.3 Misurazione e valutazione della performance organizzativa

Il processo di programmazione in azienda nasce dall'unione tra gli obiettivi derivanti dalla L.R. 5/2009 (il quale ha profondamente innovato il sistema regionale), il decreto Legge n°78 del 31/05/2010 (con cui la Regione Sicilia si è avvalsa della possibilità concessale di chiedere la prosecuzione del Piano di Rientro) e infine quanto definito dall'Assessorato della Salute come obiettivi attuativi assegnati ad ogni singola direzione aziendale.

Sulla base di tali indicazioni sono state individuate le strategie aziendali ed è stato avviato un processo di responsabilizzazione "a cascata" di tutti gli operatori aziendali.

Il processo di distribuzione degli obiettivi secondo la logica *top-down* deve necessariamente prevedere il collegamento degli stessi a un sistema di indicatori misurabili, trasparenti ed oggettivi. Conseguentemente, sono stati individuati anche i criteri sulla base dei quali procedere alle diverse tipologie di valutazione, anche attraverso il sistema di determinazione dei risultati attesi e di ponderazione degli obiettivi.

L'articolazione degli obiettivi assegnati alle strutture è la seguente:

- gli **obiettivi strategici** rispondono alla necessità di perseguire le strategie individuate dall'organo di indirizzo politico-amministrativo regionale e vengono assegnati ai Dipartimenti coinvolti nella loro realizzazione con l'indicazione del *range* di valori, del relativo peso e delle modalità di calcolo per il punteggio;
- gli **obiettivi riguardanti l'attività sanitaria**, declinati secondo le specificità di ogni unità operativa, rispondono agli indirizzi clinici da seguire nell'erogazione delle prestazioni, mantenendo prioritario il perseguimento di una maggiore efficienza ed appropriatezza delle prestazioni;
- gli **obiettivi di qualità** individuati coerentemente con i requisiti di accreditamento istituzionale ex D.A. n. 890/2002, prevedono progetti di valutazione, verifica e miglioramento della qualità, la gestione del rischio clinico, l'elaborazione di nuove linee guida e/o percorsi diagnostici, l'implementazione degli standard JCI.

#### **Gradazione degli obiettivi**

Tutti gli obiettivi sono classificati secondo l'ordine di importanza e di priorità strategica in tre distinte fasce 1°, 2° e 3° fascia. A ciascun obiettivo viene attribuito un peso e la somma dei pesi in ciascuna scheda di budget viene distribuita tra le fasce in misura percentuale pari a:

- 1° fascia 50%
- 2° fascia 30%
- 3° fascia 20%

In assenza, nella singola scheda, di obiettivi di 1°, 2° o 3° fascia, la distribuzione percentuale viene rimodulata secondo il presente prospetto:

	nessun obiettivo fascia 1	nessun obiettivo fascia 2	nessun obiettivo fascia 3
<b>peso totale fascia 1</b>		80	60
<b>peso totale fascia 2</b>	80		40
<b>peso totale fascia 3</b>	20	20	



L'Amministrazione, attraverso gli organi a tale procedura delegati, procede alla verifica a consuntivo dei risultati raggiunti sia per la valutazione di budget delle strutture che per l'erogazione della retribuzione individuale di risultato. La verifica si basa sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dal titolo III del D.Lgs. 150/09.

La verifica di cui sopra è effettuata dall'organo preposto alla valutazione aziendale che tiene conto di eventuali controdeduzioni in caso di mancato raggiungimento o scostamento rispetto ai valori attesi.

### **Prevenzione della Corruzione e Trasparenza**

Con atto deliberativo 2021/0385 del 26/03/2021 è stato adottato l'aggiornamento 2021 del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e della griglia contenente la descrizione analitica degli obblighi di pubblicazione e i relativi adempimenti in materia di trasparenza.

L'Ufficio, anche nel corso del 2020, ha costantemente monitorato l'applicazione del piano vigente attraverso ripetute interlocuzioni con le aree e i settori a rischio.

Ha provveduto altresì alla somministrazione ai soggetti interessati di schede di verifica e monitoraggio sugli eventi rischiosi al fine di svolgere un'analisi conoscitiva delle misure di contrasto in atto utilizzate e per l'individuazione condivisa di nuove ulteriori e più incisive misure di intervento.

L'Azienda ha continuato il percorso finalizzato allo sviluppo della cultura della trasparenza attraverso l'istituzione, sul proprio sito web, della sezione "Amministrazione trasparente", in sostituzione della vecchia sezione "Trasparenza, valutazione e merito", conformemente a quanto previsto dal D. Lgs. 150/2009.

Allo stato attuale, il programma per la trasparenza, già approvato, è strutturato in base alla normativa più recente (D.lgs. 33/2013 e s.m.i.) che ha operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti e ha disciplinato l'istituto dell'Accesso Civico.

All'interno dell'apposito link, sono contenute tutte le informazioni necessarie e, al fine di agevolare le comunicazioni con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, è stato attivato e pubblicato, nella predetta sezione del sito web un indirizzo e-mail dedicato: anticorruzionetrasparenza@arnascivico.it.

#### **2.3.1 Obiettivi annuali**

Il budget è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne. Gli obiettivi in esso contenuti vengono definiti nel rispetto dei piani e dei programmi aziendali strategici scaturiti dalla mission aziendale e dagli obiettivi individuati dall'Assessorato regionale alla Salute quale organo di indirizzo politico amministrativo.

L'ARNAS ha fatto propria la logica di definizione di obiettivi istituzionali e valutazione dei risultati già dal 2009. Ciò ha comportato la necessità di avviare la concertazione di budget con i Responsabili di UO applicando contenuti da modificare, approfondire e, ove necessario, sostituire nel corso delle successive iterazioni ripetute annualmente.

Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano un parametro di riferimento per la valutazione dei risultati conseguiti dall'organizzazione Aziendale e dalle singole UU.OO. anche ai fini del sistema premiante dell'area dirigenziale. Infatti, il sistema di budget è comunemente inteso come istituto con esso strettamente integrato. Tale processo avviene attraverso una negoziazione tra la Direzione Strategica aziendale ed i Direttori/Responsabili di UU.OO., individuati nel Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità aziendale.

Nell'ambito delle sedute di negoziazione la Direzione si avvale del Comitato di budget formalmente nominato.

Nella scheda di budget vengono individuati, per ogni struttura complessa e semplice dipartimentale, i risultati da raggiungere, le attività da effettuare a risorse certe e/o disponibili. Per risorse certe si intendono quelle di tipo strutturale e quindi personale, attrezzature e spazi già disponibili al momento della redazione della scheda di budget o, comunque, eventuali risorse aggiuntive la cui futura attribuzione al Centro di Costo è già stata decisa con apposito provvedimento. Le schede di budget definiscono gli obiettivi operativi di performance che delineano i risultati attesi in termini di miglioramento nell'erogazione dei servizi e nell'impiego delle risorse strutturali assegnate, mediante l'esplicitazione di obiettivi di attività, di qualità e di monitoraggio interno. La procedura di budget prevede che ai responsabili di struttura, in particolare al Direttore di U.O., compete l'onere di declinare gli obiettivi della struttura alle diverse figure dirigenziali inquadrare all'interno della struttura stessa e di porre le basi per il pieno coinvolgimento degli operatori del comparto.

Con Deliberazione n.2021/0102 veniva adottato il "Piano della Performance 2021-2023". Con deliberazione n.1018 del 12 gennaio 2021 è stato nominato il Comitato di Budget al fine di supportare la Direzione Strategica nel processo di Budget 2021.

Il Comitato, tenuto conto della deliberazione di Giunta n.106 del 13/03/2019, nella quale la Regione Sicilia ha definito gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria dell'Azienda, nel corso della riunione del 24 dicembre 2019, ha stabilito le regole per la distribuzione e per l'assegnazione degli obiettivi alle singole strutture aziendali dell'area sanitaria, di quella amministrativa e dello Staff del Direttore Generale.

Con nota prot. n.835 del 19/01/2021, la Direzione Aziendale di ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli, supportata dal Comitato di Budget, ha dato avvio alle procedure di assegnazione/ negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi con le singole Strutture.

Con Deliberazione n.445 del 09/04/2021 è stato approvato l'intero percorso.

#### **Il 24 giugno 2022 il Comitato di Budget ha concluso le procedure di Budget 2021.**

Le principali rimodulazioni dei target da rispettare, alla luce delle modifiche organizzative messe in atto dall'Azienda per fronteggiare l'emergenza Covid, durata tutto l'anno 2021, e delle controdeduzioni effettuate sono state:

- l'introduzione del Robot Da Vinci, utilizzato nel 2021, dalle UUOO del Complesso Oncologico, ha portato da una parte ad affinare tecniche chirurgiche che consentono una maggiore precisione e una minore invasività, dall'altra ad un aumento dei consumi dispositivi/paziente strettamente legati all'utilizzo del robot; pertanto si è ritenuto opportuno sospendere l'obiettivo G01; di contesto i direttori delle UUOO interessate sono stati invitati a produrre una proposta di rimodulazione delle attività chirurgiche programmate prevedendo misure correttive volte a bilanciare interventi a basso e ad alto consumo di risorse ;

- la sospensione del regime di pre-ospedalizzazione, finalizzata a ridurre gli accessi in ospedale e quindi a ridurre il rischio di contagio Covid, ha avuto un impatto negativo sia sulle degenze medie che sul turn-over e quindi sullo scorrimento delle liste di attesa nelle UUOO chirurgiche;

- sullo scorrimento delle liste di attesa ha avuto impatto anche la ridotta disponibilità di posti letto di TI post-chirurgica, dato che 10 dei 22 pl di TI del PO Civico sono stati dedicati all'assistenza dei pazienti Covid (p.e. Ch. Maxillo Facciale) e l'insufficiente numero di sedute operatorie disponibili in rapporto ai volumi delle liste di attesa;

- relativamente all'obiettivo A14.1 il tasso grezzo registrato è del 27%, in lieve incremento rispetto al 2020 di 1 punto percentuale; in realtà durante il 2021 si è assistito ad un notevole incremento dell'attività di ostetricia in quanto sono stati convogliati l'UO di Ostetricia e Ginecologica tutti i parti più "a rischio" provenienti dal centro nascita del PO Cervello, convertito ad esclusiva attività Covid nel corso di tutto l'anno; ciò ha comportato, di fatto, il raddoppio della patologia ostetrica ad alto rischio e complessità assistenziale e

non il contestuale aumento dei parti a “basso rischio” che sono stati convogliati verso altre strutture dell’area metropolitana; l’obiettivo è stato sospeso per il 2021;

- l’obiettivo G.19.1 “Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita” è stato sospeso causa Covid dall’Assessorato della salute;

- nessuna tolleranza sul ritardo di compilazione SDO i cui tempi di compilazione che vanno ben oltre anche i tempi di refertazione degli istologici;

- nessuna tolleranza su consegna consensi Fascicolo Sanitario Elettronico (G.05.1), su ricetta dematerializzata (G.10.1) e tempi di consegna SDO (G.02.1).

**Risultati sintetici per obiettivo assegnato di Area Sanitaria:**

cod	obiettivo	peso assegnato	peso valutazione finale	% raggiungimento
A.02.1	Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	108	108	100%
A.03.1	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi	15	15	100%
A.05.1	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	56	56	100%
A.09.1	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	116	99	85%
A.11.1	Appropriatezza della prescrizione di esami diagnostici di laboratorio	60	60	100%
A.12.1	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	54	46	85%
A.14.1	Monitoraggio e governo della incidenza dei parti cesarei	0	0	sospeso
A.16.1	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	90	90	100%
A.18.1	Rendicontazione trimestrale alla UO "Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e dei costi per servizi sostenuti per l'erogazione degli stessi	25	25	100%
A.20.1	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami scintigrafici	15	15	100%
A.21.1	Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali	140	140	100%
A.22.1	Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione	24	24	100%
A.23.1	Monitoraggio dati concernenti i rifiuti ospedalieri	10	10	100%
A.24.1	Attività di trasporto alle strutture delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di organi, emoderivati e materiali sanitari	50	50	100%
A.25.1	Gestione del rapporto con l'utenza dell'emergenza, secondo le linee guida della Regione siciliana e del Servizio sanitario regionale.	30	30	100%
A.26.1	Controlli di qualità e accettazione	50	50	100%
A.27.1	Soddisfacciamento degli studi fisico-dosimetrici per i piani di terapia richiesti	30	30	100%
A.28.1	Completezza della cartella clinica e radioterapica	50	50	100%
A.30.1	Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	260	225	87%
A.31.1	Corretta modalità di invio dei campioni istologici	30	30	100%
A.32.1	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line (fino alla data di implementazione del nuovo registro operatorio informatizzato)	55	55	100%
A.33.1	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	142	142	100%
A.36.1	Rendicontazione trimestrale dell'attività aziendale e regionale di donazione e trapianto di organi e tessuti	40	40	100%
A.44.1	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	86	25	29%
A.45.1	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	362	359	99%
A.46.1	Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	125	125	100%
G.01.1	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	1.063	1.010	95%
G.02.1	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	777	685	88%
G.04.1	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	788	758	96%
G.05.1	Fascicolo sanitario elettronico	162	125	77%
G.05.2	Fascicolo sanitario elettronico	85	85	100%



Relazione sulla Performance 2021 – ARNAS Civico

cod	obiettivo	peso assegnato	peso valutazione finale	% raggiungimento
G.06.1	Corretta e puntuale gestione del Pilastro Beni (per la parte di competenza)	16	16	100%
G.07.1	Verifica dei magazzini decentrati: Verifica periodica, anche a campione, delle giacenze rilevate presso i magazzini decentrati presenti in azienda	10	10	100%
G.08.1	Corretta gestione dei dati relativi al Flusso T: Inserimento dei dati relativi al Flusso T ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di riferimento	10	10	100%
G.09.1	Corretta gestione dei dati relativi al Flusso F - Dispensazione Diretta: Inserimento dei dati relativi al Flusso F ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di rif	10	10	100%
G.10.1	Prescrizioni dematerializzate	371	329	89%
G.11.1	customer satisfaction paziente pediatrico diabetico	30	30	100%
G.12.1	Ridurre il disagio psicoadolescenziale.	50	50	100%
G.13.1	Adempimenti LEA: verifica e riconciliazione flussi farmaci (CFO - DD) - Modello CE	16	16	100%
G.15.1	Gestione import. Autom. Anagrafiche beni sanitari (ob. Condiviso con le UOC Provveditorato e Gestione Tecnica-ICT). Introd. Meccanismi controllo x verific. Corretta importazione degli attributi beni sanitari.	18	18	100%
G.17.1	Aumento delle competenze degli operatori di PS , in ambito di emergenza urgenza, con particolare riferimento ai privileg.	15	15	100%
G.18.1	Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARSCov2 per gli enti preposti	340	340	100%
G.20.1	Monitoraggio stato di attività delle liste regionali per trapiano di organo	40	40	100%
Q.01.1	Appropriatezza Esami Scintigrafici Misurazione applicazione linee guida	10	10	100%
Q.03.1	Controlli qualità	10	10	100%
Q.04.1	Lotta infezioni ospedaliere	15	15	100%
Q.05.1	Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	38	38	100%
Q.06.1	Accreditamento SIED	10	10	100%
Q.07.1	Sicurezza delle cure	10	10	100%
Q.08.1	Appropriatezza Clinico/Organizzativa: Valutazione pazienti ricoverati presso UO Ginecologia Oncologica da avviare o meno a radioterapia	10	10	100%
Q.09.1	Procedure sedazione paziente	10	10	100%
Q.11.1	Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncol.	18	18	100%
Q.12.1	Prevenzione della malnutrizione in ospedale	27	27	100%
Q.13.1	Attuazione linee guida stemi PDTA Regionale	10	10	100%
Q.14.1	percorsi aziendali condivisi	73	63	86%
Q.15.1	Revisione del manuale della Qualità della UO	15	15	100%
Q.17.1	Monitoraggio applicazione procedura protossido	10	10	100%

L'allegato 1 contiene i risultati di dettaglio per Unità Operativa Sanitaria.

L'allegato 2 contiene i risultati di dettaglio per Unità Operativa Amministrativa e per lo Staff.

### 2.3.2 Obiettivi specifici (triennali)

#### Sintesi dei Risultati Aziendali

##### Obiettivi Strategici

obiettivi strategici	raggiunto S/N
Raggiungimento equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessorato Regionale per la Salute	S
Osservanza adempimenti prescritti dal Piano regionale di Governo delle Liste di Attesa	S
Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa per le aree: personale, beni e servizi, assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera	S
Attivazione delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella GSA, per l'Area di Emergenza e il Pronto Soccorso	S
Osservanza degli obblighi in tema di "Flussi Informativi"	S
Osservanza degli Obblighi in materia di prevenzione della corruzione nonché degli obblighi di trasparenza	S
Osservanza delle disposizioni impartite dalla regione in tema di Libera Professione Intramuraria	S

##### Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob.1	Screening	- Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP	100%	programma gestionale non attivato dall'ASP
		- Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening	100%	100%
		- Esecuzione delle prestazioni di approfondimento richieste dalla ASP	si	100%
		- Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening	si	si

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob.2	Esiti	FRATTURA FEMORE Interventi effettuati entro 0 - 2 giorni dal ricovero in pazienti over 65	> 60%	52%
		IMA STEMI PTCA effettuate entro 0 - 1 giorno dal ricovero	> 96%	93%
		PARTI % Tagli cesarei primari	< 25%	27%
		COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Proporzione di casi con degenza postoperatoria entro 0 - 2 giorni	> 70%	72%

##### Analisi Scostamenti ob.2:

- **2.1 Frattura Femore:** il perseguimento dell'obiettivo è risultato particolarmente complesso nel corso dell'anno 2021. Infatti, il perdurare dell'emergenza Covid ha condizionato tutta una serie di modifiche

organizzative, in aderenza a precise direttive Assessoriali, che hanno comportato il trasferimento del reparto in sede dotata di complesso operatorio con minore disponibilità di slot rispetto a quella precedente;

- **2.2 Parti cesarei:** Il tasso grezzo del 27.4%, in incremento rispetto al 2020 di 1 punto percentuale; in realtà durante il 2021 si è assistito ad un notevole incremento dell'attività di ostetricia, in quanto sono stati convogliati presso la nostra Azienda tutti i parti più "a rischio" provenienti dal centro nascita del PO Cervello afferente alla AO Villa Sofia-Cervello, convertito ad esclusiva attività Covid nel corso di tutto l'anno. Ciò ha comportato, di fatto, il raddoppio della patologia ostetrica ad alto rischio e complessità assistenziale e non il contestuale aumento dei parti a "basso rischio" che sono stati convogliati verso altre strutture dell'area metropolitana.
- **Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI:** alcuni ritardi possono essere attribuiti a rallentamenti dei percorsi interni finalizzati a garantire il rispetto di tutte le procedure interne messe in atto per assicurare la separazione dei percorsi Covid e no-Covid, e in ultima analisi, la sicurezza dei pazienti.

cod	obiettivo	Indicatore				
ob.3	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA	3.1 Monitoraggio ex-ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali:	> 90 % per classi B e D	> 90 % per classi B e D		
		3.2 Monitoraggio ex-post dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	B (entro 10 gg)	D (entro 30 gg) solo visite	D (entro 60 gg) solo esami strumentali	P (entro 120 gg)
		<i>Prestazioni Critiche</i>	99%	93%	98%	100%
		<i>Prestazione</i>	B (entro 10 gg)	D (entro 30 gg) solo visite	D (entro 60 gg) solo esami strumentali	P (entro 120 gg)
		<i>Visita Oculistica</i>	100%	99%		100%
		<i>Visita Ortopedica</i>	100%	100%		100%
		<i>Visita Cardiologica</i>	100%	100%		100%
		<i>Mammografia</i>	97%		100%	100%
		<i>TAC Torace senza e con contrasto</i>	100%		100%	100%
		<i>ECO Color Doppler Tronchi Sovraortici</i>	95%		96%	100%
		<i>Risonanza Magnetica Colonna</i>	100%		100%	100%
		<i>Ecografia ostetrica ginecologica</i>	100%		100%	100%
		3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati: proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.	≥ 90%	ob non raggiunto		
		3.4 piena attuazione degli interventi (IGD e IGO) previsti nella check list per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 (allegato A1 al PRGLA)	100%	100%		

### Analisi Scostamenti ob.3:

- **3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati:** le modifiche organizzative conseguenti all'emergenza Covid hanno pesantemente condizionato il mancato raggiungimento dell'obiettivo, sia per la sospensione dell'istituto della preospedalizzazione che ha allungato le degenze riducendo la disponibilità di posti letto, sia per il rallentato accesso alle diagnostiche, soggette a tutte le pratiche di sanificazione e prevenzione del contagio necessarie per il loro utilizzo sia per i pazienti Covid positivi che per i negativi .

Relazione sulla Performance 2021 – ARNAS Civico

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob. 4	garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	4.1) Punti nascita: Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist	100%	100%
		4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	SI
		4.3) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730)	0%	0%

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob.5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento	A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa– D.A. 1584/2018	PS Civico 0,43 PS Di Cristina 0,48	< 0,05
		B. evidenze documentali che dimostrano l'adempimento delle azioni seguenti per singolo PS	100%	100% azioni previste

**Analisi Scostamenti ob.5:**

- L'azienda ha adottato tutte le misure propedeutiche all'implementazione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento (deliberazione n.655 del 26/09/2019), tuttavia data l'emergenza Covid, l'organizzazione dei PS è stata modificata per garantire la separazione dei percorsi Covid e no-Covid, i posti letto tecnici sono stati da 50 a 30 al PS generale del PO Civico, da 20 a 16 al PS Pediatrico del PO G. Di Cristina, i posti letto di degenza cui normalmente afferiscono i pazienti ricoverati dal PS Civico sono stati quasi completamente trasformati in PL Covid esclusivi.

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob.6	Donazione Organi e Tessuti	1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti	adozione delibera	delibera di n.250 del 06/03/2020
		2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2020	> 20% rispetto all'anno 2019	n. 29 nel 2019; n.24 nel 2021
		3. Tasso di opposizione alla donazione	< 38%	33%
		4. Incremento del procurement di cornee in toto	> 30% rispetto all'anno 2019	n. 29 nel 2019; n.24 nel 2021
		5. Organizzazione in ambito aziendale di corsi di formazione e/o sensibilizzazione	≥ 2	2

**Analisi Scostamenti ob.6:**

- Il dimezzamento dei posti letto di TI, realizzato nell'ambito delle attività di riorganizzazione aziendale disposte dal livello Regionale per affrontare l'emergenza Covid, ha reso difficilmente perseguibile l'obiettivo. Nonostante l'emergenza, le attività non si sono, comunque, interrotte e anche la formazione degli operatori coinvolti è stata garantita.



Relazione sulla Performance 2021 – ARNAS Civico

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob.6	Donazione Organi e Tessuti	1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti	adozione delibera	delibera di n.250 del 06/03/2020
		2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2020	> 20% rispetto all'anno 2019	n. 29 nel 2019; n.24 nel 2021
		3. Tasso di opposizione alla donazione	< 38%	33%
		4. Incremento del procurement di cornee in toto	> 30% rispetto all'anno 2019	n. 29 nel 2019; n.24 nel 2021
		5. Organizzazione in ambito aziendale di corsi di formazione e/o sensibilizzazione	≥ 2	2

**Analisi Scostamenti ob.7:**

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob.7	Prescrizioni dematerializzate	1. % di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici.	> 45%	24%
		2. numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)	> 120	80

- *La mission dell'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli è in generale l'attività di emergenza e l'attività di ricovero di alta specialità. Entrambe queste fattispecie prevedono prestazioni complesse che vengono erogate in regimi assistenziali di ricovero o in seguito ad accesso in Area di Emergenza. Queste attività mal si conciliano con le attività prescrittive in appropriatezza richieste dall'obiettivo.*

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob.8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	1. % di consensi informati acquisiti rispetto al n. dei ricoverati	1.245	11.892
		2. % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al n. di ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	> 10%	3%

**Analisi Scostamenti ob.8:**

- *Il SIO Aziendale consente la produzione dei referti nel formato richiesto per la trasmissione solo da fine 2021.*

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob.9	Sviluppo PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	1. Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale	presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio	si
		2. 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".	esito positivo	si

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob.10	Piani di efficientamento e riqualificazione (AO e AUO)	Piano di efficientamento, regolarmente trasmesso con nota prot.n. 9353 del 02/08/2019	implementazione del Piano	bloccato da emergenza covid

cod	obiettivo	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto
ob.11	PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.)	AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza 2.3. PDTA 2.4 Appropriatazza 2.5 Outcome 2.6 Trasfusionale	implementazione di tutti i controlli previsti e rendicontazione sul portale regionale	tutti i controlli sono stati implementati e rendicontati sul portale regionale
	AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Le AO rispondono per il punto "4.4 Privacy"	applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati	applicazione secondo regolamento adottato con deliberazione n. 900 del 28/05/2018

## 2.4 Misurazione e valutazione degli obiettivi individuali

### Gli obiettivi individuali

Il Decreto Assessoriale n°1821 del 26 settembre 2011 *"Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e valutazione del personale dipendente del SSR"* fornisce il quadro generale per l'applicazione del d.lgs. n.150/09 dal 2012 in avanti, nonché le indicazioni per la valutazione del personale e l'attribuzione del salario di risultato.

Le citate linee di indirizzo indicano esplicitamente *"l'obbligatorietà, già a decorrere dal 2011, del rispetto dei principi di selettività e di meritocrazia, ai sensi dei quali deve essere garantita, dall'O.I.V., l'attribuzione selettiva della quota prevalente delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance, ad una percentuale limitata (fascia alta) del personale dipendente e dirigente"*.

L'azienda Ospedaliera ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli ha provveduto ad adottare le linee guida assessoriali, con uno specifico regolamento che è entrato in vigore a partire dal 2012.

Si specifica che, come indicato nel Decreto Assessoriale, *"Sino alla stipulazione dei nuovi contratti nazionali di lavoro, la fascia di merito bassa di cui all'art. 19 del decreto legislativo n. 150/09, alla quale non è attribuito alcun trattamento accessorio collegato alla performance individuale, è disapplicata"*.

### La valutazione delle performance del comparto

Il Regolamento quadro che governa il processo valutativo e l'erogazione del salario di risultato, da questa Amministrazione contrattato e deliberato, assicura l'obbligatorietà del rispetto dei principi di selettività e di meritocrazia, ai sensi dei quali deve essere garantita l'attribuzione delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance, e richiede che l'azienda preveda:

- la valutazione della performance di tutto il personale del comparto e la rispondenza di tale valutazione a criteri di merito e di allineamento delle performance individuali alle strategie e agli obiettivi aziendali;
- la distribuzione delle risorse destinate al Salario di Risultato al personale in maniera proporzionale alle valutazioni delle performance ottenute;
- la subordinazione dell'erogazione dei compensi incentivanti alla verifica, anche da parte dell'O.I.V., di rispondenza dell'attribuzione del salario di risultato ai criteri di cui sopra.

La valutazione delle performance del comparto è quindi avvenuta, con riferimento ai risultati ottenuti nel 2019, secondo le modalità e regole sopra descritte, tenendo conto anche del punteggio conseguito dalla Unità Operativa di appartenenza.

### La valutazione delle performance della dirigenza

Così come per il comparto, la valutazione delle performance della dirigenza medica, sanitaria non medica, tecnica ed amministrativa, è avvenuta secondo le modalità e le regole definite nel corrispondente “Regolamento aziendale”, in aderenza alle direttive indicate all’interno delle “Linee guida assessoriali”. Oltre al punteggio conseguito dalla Unità Operativa di appartenenza, si è tenuto conto delle specifiche performance conseguite in ambito di obiettivi strategici specifici.

Workflow del Processo di Valutazione della Dirigenza:
Periodo di Valutazione: dal 1 gennaio 2021 al 31 dicembre 2021.
Le schede (e i parametri di valutazione) sono suddivise per Struttura di Afferenza e per Ruolo.
Elenco della suddivisione di Ruoli e Aree di competenza:
- Dirigenza Medica;
- Dirigenza Sanitaria non Medica;
- Dirigenza P.D.T.A.;
I Valutatori di primo livello sono responsabili della valutazione di TUTTO il personale della struttura a loro afferente indipendentemente dal ruolo.
I Valutatori di secondo livello hanno la completa visione di tutte le valutazioni delle strutture di loro competenza, e producono il giudizio esclusivamente per i Valutatori di primo livello a loro afferenti.

Processo di stesura delle Schede di Valutazione:
Ogni Valutatore di primo livello (identificato con il Direttore di UOC o UOSD) redige e compila la scheda obiettivo per <b>tutti i dipendenti</b> afferenti alla propria Struttura al <b>31 dicembre 2021</b> . (Valutazione finale).
1. La Valutazione finale viene effettuata dal valutatore per tutti i dipendenti in servizio nella U.O. alla data del 31 dicembre 2021.
2. I Responsabili di UOS non sono Valutatori diretti. La valutazione dei relativi dipendenti ARNAS deve essere prodotta o comunque validata dal Direttore della UOC di afferenza.
3. Le presenti schede (e relativi elenchi degli obiettivi) sono relative al solo ruolo della Dirigenza.
<b>Per ogni singolo dipendente valutato:</b>
4. Il Valutatore dovrà selezionare QUATTRO “Obiettivi individuali” tra quelli presenti nello specifico elenco, e dovrà inserirli nel gruppo “A” della scheda di valutazione specificando anche la relativa valutazione;
5. Il Valutatore dovrà selezionare QUATTRO “Obiettivi di Performance di Struttura e Competenze professionali” tra quelli presenti nello specifico elenco, e dovrà inserirli nel gruppo “B” della scheda di valutazione specificando anche la relativa valutazione;
6. Il gruppo “C” (“Capacità di valutazione dei propri collaboratori”) è relativo alla valutazione dei soli Dirigenti di struttura ed è uguale per tutti i Valutati: tale giudizio viene formulato dai soli Valutatori di secondo livello;

Pesatura dei risultati e delle valutazioni:			
A ciascuna area è associato un peso diverso in funzione del livello di responsabilità dei Dirigenti e dell’applicabilità dell’elemento di giudizio collegato alla valutazione dei propri collaboratori. Come riportato nella sottostante tabella, la pesatura privilegia il contributo reso e il raggiungimento degli obiettivi formalmente assegnati.			
<i>NB. tale calcolo sarà espletato dai responsabili del processo sulla base del profilo professionale del valutato inserito nella presente scheda.</i>			
Incarico / Item	Obiettivi individuali	Peso	
		Contrib. perform. di struttura	Valutazione dei Collaboratori
Resp. U.O.C.	40	50	10
Resp. U.O.S.D.	50	40	10
Dirig. U.O.S.	60	40	0
Dirig. Professional	60	40	0
Dirig. Professional di Base	70	30	0

Relazione sulla Performance 2021 – ARNAS Civico

**Scheda di Valutazione Dirigenza**

**Struttura:** \_\_\_\_\_ **Performance struttura:** \_\_\_\_\_

**Valutatore:** \_\_\_\_\_

**Prof. Professionale:** \_\_\_\_\_ **Incarico:** \_\_\_\_\_

**Operatore Valutato:** \_\_\_\_\_ **Matricola:** \_\_\_\_\_

**Profilo Professionale del Valutato:** \_\_\_\_\_

**A. RAGGIUNGIMENTO DI SPECIFICI OBIETTIVI INDIVIDUALI**

N°	Descrizione dell'Obiettivo	Peso obiettivo	Valutazione (vedi legenda)					Punteggio (vedi legenda)
			1	2	3	4	5	
A.1		15						
A.2		15						
A.3		15						
A.4		15						

**B. CONTRIBUTO ASSICURATO ALLA PERFORMANCE DELLA STRUTTURA E COMPETENZE PROFESSIONALI DIMOSTRATE**

N°	Descrizione dell'Obiettivo	Peso obiettivo	Valutazione (vedi legenda)					Punteggio (vedi legenda)
			1	2	3	4	5	
B.1		10						
B.2		10						
B.3		10						
B.4		10						

**C. CAPACITA' DI VALUTAZIONE DEI PROPRI COLLABORATORI**

*(solo dirig. con incarico di struttura)*

N°	Descrizione dell'Obiettivo	Peso obiettivo	Valutazione (vedi legenda)					Punteggio (vedi legenda)
			1	2	3	4	5	
C.1	Puntuale esecuzione dei passaggi richiesti e previsti nel regolamento	0						
C.2	Differenziazione e motivazione dei punteggi	0						

*Legenda della Valutazione: 1=non adeguato; 2=parzialmente adeguato; 3=adeguato; 4=più che adeguato; 5=eccellente*

*Calcolo del Punteggio: (Peso Obiettivo / 5) \* Valutazione*

**Data di Prima Compilazione:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma del Valutatore**

\_\_\_\_\_

**Firma del Valutato**

\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE INTERMEDIA (eventuale)**

**Punteggio Complessivo** \_\_\_\_\_

**Osservazioni dell'Operatore Valutato** *(compilare in caso di dissenso rispetto al giudizio espresso):*

**Data di eventuale Verifica Intermedia:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma del Valutatore**

\_\_\_\_\_

**Firma del Valutato**

\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE FINALE**

**Punteggio Complessivo** \_\_\_\_\_

**Osservazioni dell'Operatore Valutato** *(compilare in caso di dissenso rispetto al giudizio espresso):*

**Data Verifica:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma del Valutatore**

\_\_\_\_\_

**Firma del Valutato**

\_\_\_\_\_



<b>(A). RAGGIUNGIMENTO DI SPECIFICI OBIETTIVI INDIVIDUALI</b>	
<b>COD</b>	<b>OBIETTIVI INDIVIDUALI</b>
901	PROBLEM SOLVING. Livello dimostrato nella analisi e diagnosi dei problemi, nella formulazione e implementazione di relative soluzioni costruttive e nella identificazione di procedure migliorative e alternative.
902	FORMAZIONE. Grado di sviluppo dell'attività di aggiornamento e formazione professionale con particolare riferimento sia agli sviluppi della ricerca scientifica sia dell'innovazione tecnologica sia al conseguente contributo all'attività di audit e confronto all'interno del reparto.
903	EVOLUZIONE PROFESSIONALE. Predisposizione allo sviluppo di soluzioni e procedure innovative finalizzate al miglioramento dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio. Grado di propensione all'evoluzione professionale e tecnologica individuale e attitudine all'utilizzo di nuove apparecchiature e tecnologie.
904	GESTIONE DEL PERSONALE. Capacità di risoluzione dei conflitti con imparzialità e con soluzioni consensuali. Abilità nel motivare gli operatori, valorizzandone le capacità professionali per un efficace conseguimento dei risultati e utilizzando modalità comunicative adeguate.
905	GESTIONE PRIORITÀ ED EMERGENZE. Capacità di gestione degli imprevisti e delle diverse situazioni che si presentano nello svolgimento dell'attività lavorativa. Capacità di individuare soluzioni (sia di carattere tecnico che organizzativo) e procedure adeguate alla gestione delle emergenze.
906	RISPETTO DI REGOLAMENTI E DIRETTIVE. Disponibilità alla adesione alle norme e direttive aziendali e collaborazione dimostrata nella verifica e controllo delle stesse.

<b>(B). CONTRIBUTO ASSICURATO ALLA PERFORMANCE DELLA STRUTTURA E COMPETENZE PROFESSIONALI</b>	
<b>COD</b>	<b>OBIETTIVI INDIVIDUALI</b>
991	GESTIONE CASISTICA SEMPLICE. Grado di competenze professionali per la gestione della casistica (o attività) semplice e predisposizione posseduta per l'applicazione delle procedure stabilite.
992	GESTIONE CASISTICA COMPLESSA. Grado di competenze professionali per la gestione della casistica (o attività) complessa e predisposizione posseduta per l'applicazione delle procedure stabilite.
993	CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI. Conoscenza delle linee strategiche aziendali e interesse dimostrato nella loro applicazione operativa, con particolare riferimento a specifici contributi individuali realizzati.
994	CONTRIBUTO AI RISULTATI DELL'UNITÀ OPERATIVA. Livello di partecipazione alla definizione dei programmi e degli obiettivi dell'unità operativa, e impegno dimostrato per il raggiungimento degli stessi.
995	PIANIFICAZIONE DEL LAVORO. Capacità di gestione del piano di lavoro del reparto in modo ottimale, progettando corretti carichi di lavoro per il personale presente, e prevedendo revisioni condivise e partecipate al fine di aggiornarli a seconda di nuove esigenze organizzative.
996	LAVORO COLLABORATIVO. Livello di realizzazione di piani di lavoro collaborativi e integrati con altri colleghi e anche con altre unità operative, con particolare attenzione alla pro-attività dimostrata e alla capacità di valutazione e introduzione dei correttivi necessari.

*I risultati delle performance individuali*

<b>Tipo</b>	<b>Fascia0 - Percentuale Raggiungimento Obiettivo inferiore al 50%</b>	<b>Fascia1 - Percentuale Raggiungimento Obiettivo compresa fra 50% e 70%</b>	<b>Fascia2 - Percentuale Raggiungimento Obiettivo compresa fra 70% e 90%</b>	<b>Fascia3 - Percentuale Raggiungimento Obiettivo compresa fra 90% e 100%</b>
	<b>0,02%</b>	<b>0,02%</b>	<b>1,05%</b>	<b>98,92%</b>
Comparto	0,06%	0,06%	0,62%	99,26%
Dirigenza Medica	0,00%	0,00%	3,58%	96,42%
Dirigenza PTA	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Dirigenza Sanitaria	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%



### 3. Il Processo di Misurazione e Valutazione

Il ciclo della performance Aziendale prevede la Misurazione e la Valutazione costante di una serie di indicatori e variabili che solo in parte rientrano in quelli oggetto di obiettivi assegnati.

Nelle tabelle a seguire sono elencati i monitoraggi effettuati, per fonte dati e frequenza, sia per gli indicatori utili a valutare lo stato degli obiettivi assegnati, sia per quelli utili e necessari a valutare i trend delle attività produttive aziendali. Per l'anno 2021 rimane valido quanto riportato nel paragrafo 2.1.

descrizione tipologia monitoraggio	fonte dati	frequenza misurazione / rendicontazione
Monitoraggio attività di ricovero	Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico - applicativi aziendali	mensile
Monitoraggio attività ambulatoriale		mensile
Monitoraggio attività Pronto Soccorso		mensile
Monitoraggio prestazioni intermedie		trimestrale
Monitoraggio prescrizioni dematerializzate		mensile
Monitoraggio prestazioni erogate in ALPI vs Istituzionale	Ufficio ALPI	trimestrale
Monitoraggio Qualità Percepita	URP	annuale
Analisi dei reclami		annuale
CE Gestionali e Variabili Produttive	Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico	trimestrale

Direzione Medica PO Civico								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
00.01	1° fascia	Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali	A.21.1	n.verifiche effettuate	70	12 verifiche	12	70
00.01	3° fascia	Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione	A.22.1	n.verifiche effettuate	12	>= 6 verifiche	6	12
00.01	3° fascia	Monitoraggio dati concernenti i rifiuti ospedalieri	A.23.1	invio mensile report in formato elettronico excel entro 15 giorni dalla chiusura del mese all'UO Flussi informativi e monitoraggio strategico	10	SI/NO	Si	10
00.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8	SI/NO	Si	8
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Direzione Medica PO G.Di Cristina								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
00.02	1° fascia	Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali	A.21.1	n.verifiche effettuate	70	12 verifiche	12	70
00.02	3° fascia	Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione	A.22.1	n.verifiche effettuate	12	>= 6 verifiche	7	12
00.02	3° fascia	Monitoraggio dati concernenti i rifiuti ospedalieri distinti per singola U.O.	A.23.1	invio mensile report in formato elettronico excel entro 15 giorni dalla chiusura del mese all'UO Flussi informativi e monitoraggio strategico	10	SI/NO	Si	10
00.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8	SI/NO	Si	8
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Anatomia Patologica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
03.02	3° fascia	Controlli qualità	Q.03.1	Invio report degli esiti dei controlli ad U.O. Qualità	10	SI/NO	Si	10
03.02	1° fascia	Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	A.30.1	richieste interne esitate entro i tempi tecnici previsti/n totali di richieste interne (tempo tecnico da comunicare in seduta) - produzione report trimestrale da parte del Primario	50	100%	100 %	50
03.02	2° fascia	Corretta modalità di invio dei campioni istologici	A.31.1	Aggiornamento procedura aziendale corretto invio esami istologici	30	SI/NO	Si	30
03.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

UTIC con Cardiologia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
08.01	3° fascia	Attuazione linee guida stemi PDTA Regionale	Q.13.1	attuazione linee guida pdta regionale	10	90%	90 %	10
08.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
08.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	8	< = 1	1,02	8
08.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	15	< = 5% del 2020	3,4 %	15
08.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	12	100%	89 %	10
08.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
08.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	10	1500	No	0
08.01	1° fascia	Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	A.02.1	Interventi effettuati entro 48h dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 ricoverati nei Presidi Aziendali (dopo analisi puntuale UOS Qualità)	20	90%	97 %	20
08.01	1° fascia	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi	A.03.1	PTCA effettuate entro il giorno successivo a quello del ricovero / N° totale di I.M.A. stemi diagnosticati su pazienti ricoverati	15	91% (valore minimo 60%)	93 %	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>88</b>

Cardiologia Pediatrica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
08.02	3° fascia	Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncol.	Q.11.1	invio report con cadenza trimestrale	8	SI/NO	Si	8
08.02	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	0	< = 1	obiettivo sospeso	
08.02	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
08.02	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	0	> 90%	obiettivo sospeso	
08.02	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-31,1 %	50
08.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	20	100%	99 %	20
08.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	12	SI/NO	Si	12
08.02	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	10	1600	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>



Chirurgia Generale e d'Urgenza								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
09.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
09.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	8	< = 1	0,9	8
09.01	1° fascia	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	A.05.1	n.colecistectomie laparoscopiche con degenza post-dimissione < 3 gg/n.totale colecistectomie laparoscopiche	15	97% (valore minimo 70%)	93 %	15
09.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	8	100%	100 %	8
09.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	15	< = 5% del 2020	-14,4 %	15
09.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	7	100%	46 %	0
09.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
09.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	7	> 10%	9 %	7
09.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	15	100%	47 %	0
09.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	15	100%	97 %	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>78</b>

Chirurgia Oncologica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
09.08	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
09.08	1° fascia	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	A.05.1	n.colecistectomie laparoscopiche con degenza post-dimissione < 3 gg/n.totale colecistectomie laparoscopiche	30	97% (valore minimo 70%)	90 %	30
09.08	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	12	100%	100 %	12
09.08	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	0	< = 5% del 2020	obiettivo sospeso	0
09.08	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	6	100%	46 %	0
09.08	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	SI	10
09.08	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	6	> 10%	6 %	0
09.08	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	6	90	No	0
09.08	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	30	100%	100 %	30
09.08	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	0	100%	obiettivo sospeso	0
09.08	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	0	< = 1	obiettivo sospeso	
<b>Totale raggiunto</b>								<b>82</b>

Chirurgia Maxillo-Facciale								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
10.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospenso	
10.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	0	< = 1	obiettivo sospenso	
10.01	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	0	> 90%	obiettivo sospenso	
10.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	8	100%	100 %	8
10.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	18	< = 5% del 2020	44,4 %	0
10.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	7	100%	56 %	0
10.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	15	SI/NO	Si	15
10.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	7	> 10%	0 %	0
10.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	13	23	SI	13
10.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	32	100%	98 %	32
10.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	0	100%	obiettivo sospenso	
<b>Totale raggiunto</b>								<b>68</b>

Chirurgia Pediatrica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
11.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
11.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	8	< = 1	0,89	8
11.01	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	8	> 90%	64 %	0
11.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	8	100%	100 %	8
11.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	17	< = 5% del 2020	-10,8 %	17
11.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	8	100%	89 %	7
11.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	9	SI/NO	Si	9
11.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	9	115	Si	9
11.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	17	100%	97 %	17
11.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	16	100%	63 %	0
<b>Totale raggiunto</b>								<b>75</b>

Chirurgia Plastica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
12.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
12.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	0	< = 1	obiettivo sospeso	
12.01	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	6	> 90%	93 %	6
12.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	15	100%	100 %	15
12.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	16	< = 5% del 2020	-17 %	16
12.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	7	100%	80 %	6
12.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	6	SI/NO	Si	6
12.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	8	> 10%	0 %	0
12.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	8	400	No	0
12.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	0	100%	obiettivo sospeso	
12.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	34	100%	94 %	34
<b>Totale raggiunto</b>								<b>83</b>



Chirurgia Toracica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
13.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
13.01	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	8	> 90%	92 %	8
13.01	1° fascia	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	A.05.1	n.colecistectomie laparoscopiche con degenza post-dimissione < 3 gg/n.totale colecistectomie laparoscopiche	11	97% (valore minimo 70%)	100 %	11
13.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	8	100%	100 %	8
13.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	13	< = 5% del 2020	-22,6 %	13
13.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	8	100%	96 %	8
13.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
13.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	8	> 10%	20 %	8
13.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	8	309	SI	8
13.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	13	100%	81 %	0
13.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	13	100%	100 %	13
<b>Totale raggiunto</b>								<b>87</b>

Chirurgia Vascolare								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
14.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
14.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	7	< = 1	1	7
14.01	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	5	> 90%	80 %	5
14.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	8	100%	100 %	8
14.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	17	< = 5% del 2020	-3 %	17
14.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	7	100%	97 %	7
14.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	7	SI/NO	Si	7
14.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	8	> 10%	41 %	8
14.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	8	28	SI	8
14.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	17	100%	24 %	0
14.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	16	100%	90 %	16
<b>Totale raggiunto</b>								<b>83</b>

Medicina Trasfusionale								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
18.01	3° fascia	Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	Q.05.1	elaborazione di un pdta blood management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA	10	SI/NO	Si	10
18.01	2° fascia	Rendicontazione trimestrale alla UO "Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e dei costi per servizi sostenuti per l'erogazione degli stessi	A.18.1	produzione report	25	SI/NO	Si	25
18.01	1° fascia	Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	A.30.1	richieste interne esitate entro i tempi tecnici previsti/n totali di richieste interne (tempo tecnico da comunicare in seduta) - produzione report trimestrale da parte del Primario	55	100%	100 %	55
18.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Ematologia (Talassemia)								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
18.04	3° fascia	Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	Q.05.1	elaborazione di un pdta blood management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA	8	SI/NO	Si	8
18.04	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	10	1000	No	0
18.04	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	4,7 %	50
18.04	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	12	100%	100 %	12
18.04	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	9	SI/NO	Si	9
18.04	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	11	> 10%	11,8 %	11
<b>Totale raggiunto</b>								<b>90</b>

Malattie Infettive PO G.Di Cristina								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
24.01	3° fascia	percorsi aziendali condivisi	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	10	SI/NO	Si	10
24.01	1° fascia	Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARSCov2 per gli enti preposti	G.18.1	compilazione, in tutte le sue parti obbligatorie, del format predisposto ed invio entro le ore 8.00 di ogni giorno alla Direzione medica di presidio	50	SI/NO	Si	50
24.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	30	100%	100 %	30
24.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Malattie Infettive PO Civico								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
24.02	3° fascia	percorsi aziendali condivisi	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	10	SI/NO	Si	10
24.02	1° fascia	Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARSCov2 per gli enti preposti	G.18.1	compilazione, in tutte le sue parti obbligatorie, del format predisposto ed invio entro le ore 8.00 di ogni giorno alla Direzione medica di presidio	50	SI/NO	Si	50
24.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	30	100%	93 %	30
24.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Medicina Interna I								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
26.01	3° fascia	Prevenzione della malnutrizione in ospedale	Q.12.1	valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati	10	90%	90 %	10
26.01	1° fascia	Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARSCov2 per gli enti preposti	G.18.1	compilazione, in tutte le sue parti obbligatorie, del format predisposto ed invio entro le ore 8.00 di ogni giorno alla Direzione medica di presidio	50	SI/NO	Si	50
26.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	30	100%	89 %	26
26.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>96</b>
Medicina Interna a indirizzo Geriatrico Riabilitativo								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
26.02	3° fascia	Prevenzione della malnutrizione in ospedale	Q.12.1	valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati	10	90%	90 %	10
26.02	1° fascia	Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARSCov2 per gli enti preposti	G.18.1	compilazione, in tutte le sue parti obbligatorie, del format predisposto ed invio entro le ore 8.00 di ogni giorno alla Direzione medica di presidio	50	SI/NO	Si	50
26.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	30	100%	94 %	30
26.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>



Neurochirurgia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
30.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
30.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	0	< = 1	obiettivo sospeso	0
30.01	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	0	> 90%	obiettivo sospeso	0
30.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	15	100%	100 %	15
30.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	33	< = 5% del 2020	-8,1 %	33
30.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	7	100%	98 %	7
30.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	12	SI/NO	Si	12
30.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	8	> 10%	64 %	8
30.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	8	150	Si	8
30.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	17	100%	82 %	14
30.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	0	100%	obiettivo sospeso	0
<b>Totale raggiunto</b>								<b>97</b>

Neurologia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
32.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	7	< = 1	1,65	0
32.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
32.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-37 %	50
32.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	10	100%	83 %	9
32.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	13	SI/NO	Si	13
32.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	10	> 10%	144 %	10
32.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	10	1200	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>92</b>

Neuropsichiatria Infantile								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
33.01	3° fascia	percorsi aziendali condivisi	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	10	SI/NO	Si	10
33.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	15	700	Si	15
33.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-19,7 %	50
33.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	15	100%	98 %	15
33.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Psicologia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
33.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	Si	20
33.02	2° fascia	customer satisfaction paziente pediatrico diabetico	G.11.1	Somministrazione questionario pazienti pediatrici diabetici e famiglie	30	50%	82 %	30
33.02	1° fascia	Ridurre il disagio psicoadolescenziale.	G.12.1	Organizzazione in Neuropsichiatria Infantile di gruppi di sostegno psicologico per adolescenti e genitori	50	SI/NO	Si	50
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Oculistica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
34.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
34.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	9	100%	100 %	9
34.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	0	< = 5% del 2020	obiettivo sospeso	0
34.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	9	100%	11 %	0
34.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	14	SI/NO	SI	14
34.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	9	> 10%	162 %	9
34.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	9	1000	Si	9
34.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	25	100%	94 %	25
34.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	25	100%	91 %	25
<b>Totale raggiunto</b>								<b>91</b>

Ortopedia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
36.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
36.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	12	100%	100 %	12
36.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	0	< = 5% del 2020	obiettivo sospeso	0
36.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	10	100%	99 %	10
36.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	16	SI/NO	Si	16
36.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	12	> 10%	11,8 %	12
36.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	22	100%	100 %	22
36.01	1° fascia	Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	A.02.1	Interventi effettuati entro 48h dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 ricoverati nei Presidi Aziendali (dopo analisi puntuale UOS Qualità)	28	90%	100 %	28
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>



Ostetricia e Ginecologia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
37.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
37.01	1° fascia	Monitoraggio e governo della incidenza dei parti cesarei	A.14.1	Parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / Totale parti di donne nei Presidi Aziendali	0	≤25%	obiettivo sospeso	0
37.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	9	100%	100 %	9
37.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	25	< = 5% del 2020	4 %	25
37.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	9	100%	98 %	9
37.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	14	SI/NO	Si	14
37.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	9	> 10%	55 %	9
37.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	9	700	Si	9
37.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	0	100%	obiettivo sospeso	0
37.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	25	100%	100 %	25
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Ginecologia Oncologica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
37.02	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
37.02	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	8	100%	100 %	8
37.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	8	100%	62 %	0
37.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	SI	10
37.02	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	16	> 10%	56 %	16
37.02	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	8	200	Si	8
37.02	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	0	100%	obiettivo sospeso	
37.02	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	50	100%	100 %	50
37.02	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	0	< = 1	obiettivo sospeso	
<b>Totale raggiunto</b>								<b>92</b>

Otorinolaringoiatria								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
38.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
38.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	7	< = 1	0,95	7
38.01	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	0	> 90%	obiettivo sospeso	
38.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	7	100%	100 %	7
38.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	17	< = 5% del 2020	-7,3 %	17
38.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	7	100%	86 %	6
38.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	15	SI/NO	Si	15
38.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	7	> 10%	15 %	7
38.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	7	180	Si	7
38.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	33	100%	96 %	33
38.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	0	100%	obiettivo sospeso	
<b>Totale raggiunto</b>								<b>99</b>

Pediatria ad indirizzo Gastroenterologico								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
39.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
39.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	12	< = 1	0,5	12
39.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-29,9 %	50
39.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	12	100%	100 %	12
39.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	13	SI/NO	Si	13
39.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	13	350	Si	13
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Pediatria ad indirizzo Pneumologico (Fibrosi Cistica)								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
39.02	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
39.02	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-23,6 %	50
39.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	15	100%	98 %	15
39.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	SI	20
39.02	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	15	2500	Si	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>



Pediatria Generale								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
39.04	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
39.04	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	0	< = 1	obiettivo sospeso	
39.04	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-19,6 %	50
39.04	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	12	100%	78 %	9
39.04	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	15	SI/NO	Si	15
39.04	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	23	2226	SI	23
<b>Totale raggiunto</b>								<b>97</b>

Urologia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
43.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
43.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	0	< = 1	obiettivo sospeso	
43.01	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	7	> 90%	88 %	7
43.01	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	15	100%	100 %	15
43.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	17	< = 5% del 2020	4 %	17
43.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	7	100%	87 %	6
43.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5	SI/NO	SI	5
43.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	8	> 10%	0 %	0
43.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	8	600	No	0
43.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	0	100%	obiettivo sospeso	
43.01	1° fascia	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	33	100%	99 %	33
<b>Totale raggiunto</b>								<b>83</b>

Nefrologia con Trapianto Renale								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
48.02	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
48.02	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	9	< = 1	1	9
48.02	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	10	> 90%	99 %	10
48.02	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-58,2 %	50
48.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	8	100%	83 %	7
48.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	7	SI/NO	Si	7
48.02	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	8	> 10%	8 %	0
48.02	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	8	8136	SI	8
<b>Totale raggiunto</b>								<b>91</b>

Anestesia e Rianimazione								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
49.01 - 49.02	3° fascia	Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	Q.05.1	elaborazione di un pdta blood management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA	10	SI/NO	Si	10
49.01 - 49.02	1° fascia	Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARSCov2 per gli enti preposti	G.18.1	compilazione, in tutte le sue parti obbligatorie, del format predisposto ed invio entro le ore 8.00 di ogni giorno alla Direzione medica di presidio	20	SI/NO	Si	20
49.01 - 49.02	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line (fino alla data di implementazione del nuovo registro operatorio informatizzato)	A.32.1	n procedure anestesilogiche di SO correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure anestesilogiche di SO effettuate	15	100%	100 %	15
49.01 - 49.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	15	100%	89 %	13
49.01 - 49.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
49.01 - 49.02	1° fascia	Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	A.02.1	Interventi effettuati entro 48h dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 ricoverati nei Presidi Aziendali (dopo analisi puntuale UOS Qualità)	30	90%	98 %	30
<b>Totale raggiunto</b>								<b>98</b>

Anestesia e Rianimazione Pediatrica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
49.03	3° fascia	Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	Q.05.1	elaborazione di un pdta blood management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA	10	SI/NO	Si	10
49.03	2° fascia	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line (fino alla data di implementazione del nuovo registro operatorio informatizzato)	A.32.1	n procedure anestesiolgiche di SO correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure anestesiolgiche di SO effettuate	40	100%	100 %	40
49.03	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	40	100%	96 %	40
49.03	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
CO 118 con Camera Iperbarica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
49.09	1° fascia	Attività di trasporto alle strutture delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di organi, emoderivati e materiali sanitari	A.24.1	Report annuale su: - trasporti primari e secondari; - trasporto del sangue; - trasporto di organi; - trasporto di STEN, STAM e rete dell'infarto miocardio acuto;	50	SI/NO	Si	50
49.09	2° fascia	Gestione del rapporto con l'utenza dell'emergenza, secondo le linee guida della Regione siciliana e del Servizio sanitario regionale.	A.25.1	Resoconto conclusivo sulle attività della U.O.	30	SI/NO	Si	30
49.09	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	Si	20
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>



Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
51.01	1° fascia	Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARSCov2 per gli enti preposti	G.18.1	compilazione, in tutte le sue parti obbligatorie, del format predisposto ed invio entro le ore 8.00 di ogni giorno alla Direzione medica di presidio	20	SI/NO	Si	20
51.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
51.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	15	100%	99 %	15
51.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	Si	20
51.01	1° fascia	Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	A.02.1	Interventi effettuati entro 48h dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 ricoverati nei Presidi Aziendali (dopo analisi puntuale UOS Qualità)	30	90%	100 %	30
51.01	2° fascia	Aumento delle competenze degli operatori di PS , in ambito di emergenza urgenza, con particolare riferimento ai privileg.	G.17.1	Numero operatori Formati sul Numero Totale Operatori	15	>=10%	100 %	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Pediatrica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
51.02	3° fascia	Monitoraggio applicazione procedura protossido	Q.17.1	Mantenimento indicatori previsti nella procedura sedazione paziente : invio report con cadenza trimestrale	10	SI/NO	Si	10
51.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	80	100%	76 %	60
51.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>80</b>
Gastroenterologia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
58.01	3° fascia	Accreditamento SIED	Q.06.1	Mantenimento indicatori accreditamento:invio report con cadenza trimestrale	10	SI/NO	Si	10
58.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
58.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	4,7 %	50
58.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	SI	10
58.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.2	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti (ambulator.)	15	> 10%	32 %	15
58.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	15	5000	Si	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Medicina nucleare								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
61.01	2° fascia	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami scintigrafici	A.20.1	n.valutazioni richieste dai reparti di degenza /n. richieste	15	100%	100 %	15
61.01	1° fascia	Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	A.30.1	richieste interne esitate entro i tempi tecnici previsti/n totali di richieste interne (tempo tecnico da comunicare in seduta) - produzione report trimestrale da parte del Primario	50	100%	100 %	50
61.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
61.01	3° fascia	Appropriatezza Esami Scintigrafici Misurazione applicazione linee guida	Q.01.1	invio report con cadenza trimestrale	10	SI/NO	Si	10
61.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.2	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti (ambulator.)	15	> 10%	82 %	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Fisica Medica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
61.02	1° fascia	Controlli di qualità e accettazione	A.26.1	Accettazione e controlli di qualità sulle apparecchiature utilizzate in Radioterapia Oncologica, Medicina Nucleare, TAC, Mammografi e apparecchiature radiodiagnostica	50	100%	100 %	50
61.02	2° fascia	Soddisfamento degli studi fisico-dosimetrici per i piani di terapia richiesti	A.27.1	Numero dei piani effettuati/numero piani richiesti	30	100%	100 %	30
61.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	Si	20
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Neonatologia con UTIN								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
62.02	3° fascia	Lotta infezioni ospedaliere	Q.04.1	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno	15	90%	90 %	15
62.02	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
62.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	70	100%	99 %	70
62.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	15	SI/NO	Si	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Oncologia Medica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
64.06	3° fascia	Prevenzione della malnutrizione in ospedale	Q.12.1	valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati	7	90%	90 %	7
64.06	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	10	< = 1	1,54	0
64.06	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-1,1 %	50
64.06	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	8	100%	88 %	7
64.06	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	7	SI/NO	Si	7
64.06	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	8	> 10%	72 %	8
64.06	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	10	7000	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>89</b>

Oncoematologia Pediatrica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
65.02	3° fascia	Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncol.	Q.11.1	invio report con cadenza trimestrale	10	SI/NO	Si	10
65.02	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-6,8 %	50
65.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	15	100%	99 %	15
65.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
65.02	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	15	2500	Si	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Oncoematologia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
66.02	3° fascia	percorsi aziendali condivisi	Q.14.2	revisione percorsi accreditamento	8	SI/NO	Si	8
66.02	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-23,7 %	50
66.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	11	100%	40 %	0
66.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8	SI/NO	SI	8
66.02	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	12	> 10%	88 %	12
66.02	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	11	526	SI	11
<b>Totale raggiunto</b>								<b>89</b>



Pneumologia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
68.01	3° fascia	percorsi aziendali condivisi	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	10	SI/NO	No	0
68.01	1° fascia	Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARSCov2 per gli enti preposti	G.18.1	compilazione, in tutte le sue parti obbligatorie, del format predisposto ed invio entro le ore 8.00 di ogni giorno alla Direzione medica di presidio	50	SI/NO	Si	50
68.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	30	100%	88 %	26
68.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>86</b>
UTIR								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
68.02	3° fascia	percorsi aziendali condivisi	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	10	SI/NO	Si	10
68.02	1° fascia	Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARSCov2 per gli enti preposti	G.18.1	compilazione, in tutte le sue parti obbligatorie, del format predisposto ed invio entro le ore 8.00 di ogni giorno alla Direzione medica di presidio	50	SI/NO	Si	50
68.02	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	30	100%	95 %	30
68.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Endoscopia Bronchiale								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
68.04	3° fascia	Procedure sedazione paziente	Q.09.1	Mantenimento indicatori previsti nella procedura sedazione paziente : invio report con cadenza trimestrale	10	SI/NO	Si	10
68.04	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-26,7 %	50
68.04	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	SI	10
68.04	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	15	317	SI	15
68.04	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.2	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti (ambulator.)	15	> 10%	29 %	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Radiodiagnostica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
69.01	2° fascia	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	A.16.1	n.valutazioni TAC-RMN richieste dai reparti di degenza /n.TAC-RMN richieste	30	100%	100 %	30
69.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	0	< = 5% del 2020	obiettivo sospeso	0
69.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	Si	20
69.01	1° fascia	Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	A.46.1	n. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/n. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	50	100%	90 %	50
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Radiologia PO G.Di Cristina								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
69.02	2° fascia	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	A.16.1	n.valutazioni TAC-RMN richieste dai reparti di degenza /n.TAC-RMN richieste	30	100%	100 %	30
69.02	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	0	< = 5% del 2020	obiettivo sospeso	0
69.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	Si	20
69.02	1° fascia	Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	A.46.1	n. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/n. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	50	100%	94 %	50
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Neuroradiologia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
69.04	2° fascia	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	A.16.1	n.valutazioni TAC-RMN richieste dai reparti di degenza /n.TAC-RMN richieste	30	100%	98 %	30
69.04	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	25	< = 5% del 2020	-7,3 %	25
69.04	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	SI	20
69.04	1° fascia	Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	A.46.1	n. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/n. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	25	100%	90 %	25
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Radioterapia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
70.01	3° fascia	Appropriatezza Clinico/Organizzativa: Valutazione pazienti ricoverati presso UO Ginecologia Oncologica da avviare o meno a radioterapia	Q.08.1	numero pazienti valutati	10	>= 180	371	10
70.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	30	4000	Si	30
70.01	1° fascia	Completezza della cartella clinica e radioterapica	A.28.1	numero cartelle complete/ numero totale cartelle	50	100%	100 %	50
70.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Nefrologia Pediatrica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
77.01	3° fascia	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	G.19.1	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	0	n. schede previste dal piano di ripartizione regionale Assessorato Salute 2021	obiettivo sospeso	
77.01	2° fascia	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	40	< = 1	0,86	40
77.01	3° fascia	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	10	> 90%	91 %	10
77.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	0	< = 5% del 2020	obiettivo sospeso	0
77.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	20	100%	97 %	20
77.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
77.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	20	1800	Si	20
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Terapia del dolore								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
96.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	0	< = 5% del 2020	obiettivo sospeso	0
96.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	SI	20
96.01	2° fascia	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	40	4000	Si	40
96.01	2° fascia	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.2	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti (ambulator.)	40	> 10%	14 %	40
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Medicina Penitenziaria								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
97.01	3° fascia	percorsi aziendali condivisi	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	15	SI/NO	Si	15
97.01	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	70	100%	95 %	70
97.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	15	SI/NO	Si	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Patologia Clinica								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
98.01	3° fascia	Sicurezza delle cure	Q.07.1	invio report monitoraggio procedura valori panico con cadenza trimestrale	10	SI/NO	Si	10
98.01	2° fascia	Appropriatezza della prescrizione di esami diagnostici di laboratorio	A.11.1	Condivisione dei criteri di appropriatezza di richiesta degli esami diagnostici a più elevato costo con i reparti richiedenti e produzione relativo documento	30	SI/NO	Si	30
98.01	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-6 %	50
98.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10	SI/NO	Si	10
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Microbiologia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
98.02	2° fascia	Appropriatezza della prescrizione di esami diagnostici di laboratorio	A.11.1	Condivisione dei criteri di appropriatezza di richiesta degli esami diagnostici a più elevato costo con i reparti richiedenti e produzione relativo documento	30	SI/NO	Si	30
98.02	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	4,7 %	50
98.02	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	Si	20
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>



Laboratorio Genetica Molecolare								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
98.05	3° fascia	Revisione del manuale della Qualità della UO	Q.15.1	Trasmissione all'UO Qualità del manuale revisionato	15	SI/NO	Si	15
98.05	1° fascia	Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	A.30.1	richieste interne esitate entro i tempi tecnici previsti/n totali di richieste interne (tempo tecnico da comunicare in seduta) - produzione report trimestrale da parte del Primario	70	100%	100 %	70
98.05	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	15	SI/NO	Si	15
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>
Farmacia								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
Farm	1° fascia	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	50	< = 5% del 2020	-3 %	50
Farm	2° fascia	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	30	100%	100 %	30
Farm	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	Si	20
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Cure Palliative - Hospice								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
99.01	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	Si	20
99.01	1° fascia	Corretta e puntuale gestione del Pilastro Beni (per la parte di competenza)	G.06.1	Manutenzione anagrafiche Puntuale risposta alla segnalazione dei errori o incompletezza del pilastro	16	SI/NO	Si	16
99.01	2° fascia	Verifica dei magazzini decentrati: Verifica periodica, anche a campione, delle giacenze rilevate presso i magazzini decentrati presenti in azienda	G.07.1	produzione documento di verifica	10	SI/NO	Si	10
99.01	2° fascia	Corretta gestione dei dati relativi al Flusso T: Inserimento dei dati relativi al Flusso T ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di riferimento	G.08.1	n.attestazioni inviate entro i termini/n.invii previsti	10	100%	100 %	10
99.01	2° fascia	Corretta gestione dei dati relativi al Flusso F - Dispensazione Diretta: Inserimento dei dati relativi al Flusso F ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di rif	G.09.1	n.attestazioni inviate entro i termini/n.invii previsti	10	100%	100 %	10
99.01	1° fascia	Adempimenti LEA: verifica e riconciliazione flussi farmaci (CFO - DD) - Modello CE	G.13.1	individuazione e com. all'UOS FIMS, della data export estrazione giacenze trim. magazzini informatici di reparto e farmacia, e trasm. Trim.report di dettaglio, per sotto conto aziendale, del valore delle giacenze comunicate per il modello CE di periodo	16	SI/NO	Si	16
99.01	1° fascia	Gestione import. Autom. Anagrafiche beni sanitari (ob. Condiviso con le UOC Provveditorato e Gestione Tecnica-ICT). Introduz. Meccanismi controllo x verif. Corretta importazione degli attributi beni sanitari.	G.15.1	n.segnalazioni attributi non corretti/n.attributi	18	100%	100 %	18
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

Centro Regionale Trapianti								
cdr	fascia	obiettivo	cod.ind	indicatore di risultato	peso assegnato	valore atteso	valutazione finale	peso raggiunto
CRT	1° fascia	Monitoraggio stato di attività delle liste regionali per trapianto di organo	G.20.1	Trasmissione semestrale dello stato di attività delle liste regionali per trapianto di organo	40	SI/NO	Si	40
CRT	1° fascia	Rendicontazione trimestrale dell'attività aziendale e regionale di donazione e trapianto di organi e tessuti	A.36.1	Trasmissione report trimestrale alla UO Flussi Informativi	40	SI/NO	Si	40
CRT	3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20	SI/NO	Si	20
<b>Totale raggiunto</b>								<b>100</b>

**BUDGET 2021**  
**UOC ECONOMICO FINANZIARIO**



OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione ed elaborazione dei modelli di rilevazione periodiche economiche e patrimoniali (Mod. CE ed SP) e riscontro di ogni richiesta dati da parte della regione inerente il Bilancio e la contabilità aziendale.	n. modelli trasmessi nei tempi previsti/n.modelli richiesti	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	previo riscontro entro i termini delle UU.OO.CC.	15
Puntualità dei pagamenti 1: registrazione contabile delle fatture su piattaforma di fatturazione elettronica entri 15 gg dalla ricezione delle stesse	n.medio di giornate impiegate per la registrazione delle fatture	$\leq$ 15 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio $\leq$ 15 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	la verifica delle registrazioni verrà effettuata su un campione di 50 fatture	20
Puntualità dei pagamenti 3: predisposizione degli ordinativi di pagamento sulla scorta della effettiva trasmissione dei provvedimenti amministrativi adottati dalle Aree competenti	n.medio di giornate impiegate per la definizione delle procedure propedeutiche al processo di pagamento	$\leq$ 20 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio $\leq$ 20 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	previa verifica positiva di Equitalia, DURC, Pignoramenti e disponibilità di cassa	20
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	16	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	fatta eccezione agli effetti contabili afferenti alla procedura straordinaria del Patrimonio che l'Azienda dovrà porre in essere con apposita gara	16
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	16	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		16
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		13
<b>Risultato</b>						<b>100</b>

## BUDGET 2021

## UOC Provveditorato



OBBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n.attività espletate nei tempi previsti/n.attività richieste	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.		15
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori > = al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		13
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 35 gg	14	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 35 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		14
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		14
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		13
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		10
Collaborazione alla centrale di committenza ai fini del conseguimento di economie di scala e dell'efficientamento delle procedure di appalto	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		13
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017.	Applicazione, entro aprile 2021, delle linee guida del DDG 1277/2017 relativamente alla corretta associazione "Identificativo contratti-CIG"	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se alla trasmissione del pilastro beni non vengano rilevati dai controlli Assessoriali errori relativo all'oggetto.		4
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017 (obiettivo Condiviso con UOC Gestione Tecnica-ICT).	Definizione e formalizzazione di ruoli, responsabilità, tempistiche e modalità di coordinamento, entro aprile 2021, del personale operativo/strutture organizzative coinvolte nel processo di produzione e	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		4
<b>Risultato</b>						<b>100</b>

**BUDGET 2021**  
**UOC Gestione Tecnica**



Civico Di Cristina Benfratelli

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Monitoraggio degli interventi edilizi in corso o in programmazione con particolare riferimento a quelli ex art. 71 e 20 assegnati all'area	n.schede di trasmissione e provvedimenti di approvazione prodotte nel rispetto dei termini previsti/n.schede previste (richieste)	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		12
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori > = al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		12
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		10
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		10
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	12	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		12
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		12
Gestione e implementazione degli interventi di informatizzazione in fase di programmazione ex art.71 assegnati all'area: garantire la non regressione rispetto alle funzioni oggi utilizzate da tutte le aree Aziendali	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		12
Rilevazione a sistema da parte dell'ufficio tecnico dei beni attualmente non gestiti a sistema.	Gestione degli ordini e delle connesse movimentazioni di magazzino secondo procedura aziendale tramite sistema informativo ausiliario entro febbraio 2020	SI	10	L'obiettivo si intende raggiunto se al pilastro beni I trimestre risultano movimentati da parte dell'Area tecnica beni ad oggi non movimentati a sistema		10
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017 (obiettivo condiviso con la UOC Provveditorato)	Definizione e formalizzazione di ruoli, responsabilità, tempistiche e modalità di coordinamento, entro febbraio 2020, del personale operativo/strutture organizzative coinvolte nel processo di produzione e controllo di coerenza dei dati prodotti	SI	10	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		10
<b>Risultato</b>						<b>100</b>



BUDGET 2021

UOC Risorse Umane



OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n.attività espletate nei tempi previsti/n.attività richieste	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.		8
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		8
Rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa e monitoraggio trimestrale sulla relativa spesa	n.proposte rideterminazione fondi effettuate/n.proposte previste	n.proposte effettuate/n.proposte previste	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		8
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		14
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		8
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	14	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio <= 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		14
Monitoraggio dell'osservanza delle direttive aziendali verso il personale	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		8
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		8
Definizione di ruoli e responsabilità nell'attività caratteristica di CdG. Individuazione delle risorse coinvolte nell'attività di controllo dei feedback segnalati dal CdG	Produzione documento che definisca quanto previsto in obiettivo entro giugno 2021	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		5

## BUDGET 2021

## UOC Risorse Umane



OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Mappatura e riallocazione del personale nei centri di costo corretti e Rilevazione personale non dipendente	Mappatura completa delle singole risorse al fine di individuare i centri di costo di competenza e provvedere alla corretta allocazione del personale entro settembre 2021 Rilevazione del personale non dipendente come disciplinato dal DDG 1215/2016.	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutte le risorse risulteranno allocate (compresi i non dipendenti) e se il ricontro dai Direttori di UO all'invio dei report nominativi trasmessi, sarà positivo per almeno il 95% delle risorse allocate.		5
Gestione del campo "data prima assunzione"	Applicazione delle linee guida, DDG 1215/2016, relativamente alla corretta compilazione del campo "data di prima assunzione" entro febbraio 2020.	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutti i campi saranno correttamente gestiti.		4
Riconciliazione del fabbisogno del personale con la dotazione organica (obiettivo condiviso con Area Tecnica)	Predisposizione, ad uso interno, di un campo che consenta di riconciliare il fabbisogno del personale con la dotazione organica entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		5
Alimentazione del modulo giuridico relativo al personale dipendente	Introduzione di alert e vincoli a sistema che segnalino la mancata alimentazione delle informazioni di carattere giuridico (data prima assunzione, aspettative, inidoneità, % di attribuzione CdC...) entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale al III trimestre 2021 tutti i campi saranno correttamente gestiti.		5
<b>Risultato</b>						<b>100</b>

**BUDGET 2021**  
**UOC Affari Generali**



OBBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n. attività espletate nei tempi previsti/n. attività richieste	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.		15
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 35 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n. medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 35 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 35 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		20
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	20	L'obiettivo si intende raggiunto per valori > = al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		20
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n. azioni intraprese/n. attività previste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		10
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n. adempimenti effettuati entro 7 gg dalla notifica alla UOC/n. totale richieste notificate alla UOC	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		10
1) Rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente "Trasmissione dei dati al Ministero della Funzione Pubblica - Anagrafe delle Prestazioni", in materia di: 1.a) conferimento di consulenze ed incarichi esterni, con successiva comunicazione dei pagamenti effettuati, in ottemperanza all' art. 127 L 662/96; 1.b) autorizzazione incarichi ai propri dipendenti, con successiva comunicazione dei compensi percepiti, in ottemperanza al D. lgs.vo 165/2001. 2) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 15 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione delle consulenze ed incarichi esterni"; 3) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 18 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione degli incarichi conferiti ai dipendenti Pubblici"; 4) Rispetto degli adempimenti previsti dall' art. 23 c. 1 lett. D e c. 2 della L. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi".	n.adempimenti ottemperati nei tempi e modalità previste/n.adempimenti previsti	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		10
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		15
<b>Risultato</b>						<b>100</b>

## BUDGET 2021

## UOC STAFF



U.O.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	UOS/Servizio di riferimento	PESO RAGGIUNTO
STAFF	Programmazione corsi di formazione in materia di tutela della salute e sicurezza del luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008 e s.m.i.)	n corsi effettuati/n corsi programmati	90%	10		SPP	10
	Pianificazione, organizzazione e monitoraggio dei processi riguardanti l'Attività di Libera Professione Intramuraria	Produzione relazione	SI	10		ALPI	10
	Monitoraggio qualitativo interno delle interrogazioni dell'utenza in termini di segnalazioni e reclami	n telefonate classificate (classificazione secondo schema di riferimento reclami applicato per le AO area metropolitana di Palermo)/n telefonate pervenute	100%	10		URP	10
	Elaborazione del Piano Formativo per l'anno 2018	Stesura del documento programmatico entro il 31/12/2021	SI	10		FORMAZIONE	10
	Controllo, monitoraggio e pianificazione delle attività delle Sale Operatorie dell'ARNAS Civico	Report analisi dei dati attività operatoria	Numero di report/numero di sale operatorie	10		COORD SAL OP	10
	Invio puntuale dei Flussi Informativi Istituzionali nei tempi previsti	n invii/n previsti	100%	10		FLUSSI INF.	10
	Gestione e monitoraggio delle visite di Sorveglianza Sanitaria per il personale	Visite effettuate/visite programmate	80%	10		SORV SANIT	10
	Predisposizione e Aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale	trasmissione alla Direzione Aziendale	SI	10		QUALITA'	10
	Monitoraggio periodico dei Tempi di Attesa per le 43 prestazioni ambulatoriali critiche	Redazione di almeno 2 report sul monitoraggio dei tempi di attesa	> 2	10		CUP	10
Coordinamento e monitoraggio dei Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale	N di progetti monitorati/N di progetti presentati	100%	10		SIRS	10	
<b>Risultato</b>							<b>100</b>