



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

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

## **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

**anno 2023**

## 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 Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 (PIAO) (delibera n.464 del 22/03/2023) , 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

|                   |   |        |
|-------------------|---|--------|
| <b>1.</b>         | Introduzione e perimetro di riferimento   | pag.3  |
| <b>2.</b>         | I contenuti della Relazione sulla Performance                                   | pag.4  |
| <b>2.1</b>        | I principali risultati raggiunti  | pag.4  |
| <b>2.2</b>        | Analisi del contesto e delle risorse  | pag.6  |
| <b>2.3</b>        | Misurazione e valutazione della performance organizzativa                       | pag.36 |
| <b>2.3.1</b>      | Obiettivi annuali   | pag.37 |
| <b>2.3.2</b>      | Obiettivi specifici (triennali)   | pag.42 |
| <b>2.4</b>        | Misurazione e valutazione degli obiettivi individuali                           | pag.43 |
| <b>3.</b>         | Il Processo di Misurazione e Valutazione  | pag.47 |
| <b>Allegato 1</b> | <b>Risultati di dettaglio per Dipartimento/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 2023, ha perseguito l'obiettivo primario derivante dal proprio mandato istituzionale di effettuare prestazioni di assistenza ospedaliera di elevata complessità e di alta specializzazione, continuando ad assolvere al proprio ruolo "storico" di presidio per l'assistenza ospedaliera delle condizioni patologiche di medio-bassa complessità.

La ripresa delle attività in tutti i settori ha consentito, anche attraverso incentivi specifici finalizzati all'abbattimento delle liste di attesa, di registrare un significativo incremento della produttività rispetto all'anno precedente.

Nel mese di Luglio 2023 è iniziata l'attività della UOC Cardiologia Pediatrica, il cui avvio è stato garantito dal supporto in regime di convenzione con l'IRCSS San Donato di Milano.

Con deliberazione n.1246 del 07/08/2023 è stata istituita la rete ARP Aziendale per il recupero Liste di Attesa, la cui attività ha supportato il totale recupero delle liste chirurgiche ante 2023 entro il 31/12/2023.

Nel dicembre 2023 (deliberazione n.1871 del 15/12/2023) si è dato l'avvio ad un nuovo reparto di terapia intensiva per adulti dotato di n.10 posti letto, dedicati quasi esclusivamente ai pazienti post-chirurgici.

Anche il conferimento di incarichi di struttura, a seguito del completamento dell'implementazione del nuovo Atto Aziendale o della sostituzione di dirigenti in quiescenza, ha contribuito a dare nuovi impulsi alla riorganizzazione delle attività:

| <b>Incarichi di UOC assegnati</b>                |                                  |
|--|----------------------------------|
| Gestione Tecnica                                 | delib.n.1102 del 7 luglio 2023   |
| Medicina Interna ad Indirizzo geriatrico e Riabi | delib.n.1248 del 09 agosto 2023  |
| Pneumologia                                      | delib.n.1305 del 31 agosto 2023  |
| Radiologia Pediatrica                            | delib.n.1512 del 12 ottobre 2023 |
| Nefrologia abilitata ai trapianti                | delib.n.599 del 06 aprile 2023   |
| Pediatria ad Indirizzo Nefrologico               | delib.n.732 del 05 maggio 2023   |
| UTIC   | delib.n.790 del 12 maggio 2023   |

| <b>Incarichi di UOS assegnati</b>       |                                  |
|---|----------------------------------|
| Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico  | delib.n.1085 del 6 luglio 2023   |
| Gestione Flotte 118                     | delib.n.131 del 25 gennaio 2023  |
| Formazione del personale 118            | delib.n.131 del 25 gennaio 2023  |
| Laboratorio Oncologia                   | delib.n.392 del 10 marzo 2023    |
| Patologia Clinica Pediatrica            | delib.n.392 del 10 marzo 2023    |
| OBI pediatrico                          | delib.n.453 del 17 marzo 2023    |
| Pediatria d'urgenza                     | delib.n.453 del 17 marzo 2023    |
| Virologia                               | delib.n.453 del 17 marzo 2023    |
| Trapianto di Midollo Osseo              | delib.n.453 del 17 marzo 2023    |
| UFA                                     | delib.n.638 del 19 aprile 2023   |
| Professioni Sanitarie di Riabilitazione | delib.n.82 del 19 gennaio 2023   |
| Prevenzione e Protezione                | delib.n.784 del 12 maggio 2023   |
| Odontostomatologia pediatrica           | delib.n.82 del 19 gennaio 2023   |
| Fisiopatologia respiratoria             | delib.n.82 del 19 gennaio 2023   |
| Endoscopia Urologica                    | delib.n.906 del 9 giugno 2023    |
| Gestione e manutenzione immobili        | delib.n.1052 del 30 giugno 2023  |
| Ortopedia pediatrica                    | delib.n.1164 del 19 luglio 2023  |
| ORL pediatrica                          | delib.n.1616 del 27 ottobre 2023 |
| Emodialisi                              | delib.n.1616 del 27 ottobre 2023 |
| Lungodegenza                            | delib.n.181 del 3 febbraio 2023  |
| Dermatologia                            | delib.n.181 del 3 febbraio 2023  |
| Piede Diabetico                         | delib.n.181 del 3 febbraio 2023  |

| <b>Incarichi di UOSD assegnati</b> |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Reumatologia                       | delib.n.238 del 17 febbraio 2023 |
| Breast Unit                        | delib.n.339 del 02 marzo 2023    |

## 2.2 6/Analisi del contesto e delle risorse

### Il Contesto esterno

#### La Popolazione

La popolazione residente in Sicilia, definita sulla base del Censimento al 31 dicembre 2022, ammonta a 4.814.016 residenti, in calo rispetto al 2021 (-19.313 individui; -0,4%); circa la metà della popolazione vive nelle province di Palermo e Catania (47,3%). La diminuzione rispetto al 2021 è frutto dei valori negativi del saldo naturale e di quello migratorio interno, cui si contrappongono in modo insufficiente i valori positivi del saldo migratorio con l'estero edell'aggiustamento statistico.

In Sicilia, come nel resto del Paese, si è raggiunto un nuovo record di denatalità. I nati sono 36.810 (-425 rispetto al 2021). Il tasso di mortalità è cresciuto dal 12,2 per mille del 2021 al 12,3 per mille del 2022, con un picco del 14,3 per mille registrato nella provincia di Enna. Le donne sono il 51,3% della popolazione residente, superando gli uomini di oltre 123mila unità, prevalentemente a causa della maggiore longevità femminile. L'età media si è innalzata rispetto al 2021 da 44,9 a 45,2 anni.

Gli stranieri censiti sono 191.368 (+6.763 rispetto al 2021), il 4,0% della popolazione regionale.

#### Distribuzione della popolazione e dinamica demografica

I risultati del Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni 2022 consentono di determinare la popolazione residente al 31 dicembre 2022. In Sicilia si tratta di 4.814.016 unità, l'8,2% della popolazione italiana.

Rispetto al 2021 i dati censuari evidenziano una flessione di 19.313 unità nella regione, percentualmente superiore (-0,4%) a quella media nazionale (-0,1%). La provincia di Palermo perde 4.802 residenti ed è quella con il saldo migratorio interno più basso (-4.113).

Il saldo naturale nella regione conferma la dinamica sfavorevole in corso, caratterizzata da un eccesso dei decessi (59.466) sulle nascite (36.810).

In Sicilia, come nel resto del Paese, si registra il nuovo record minimo delle nascite, con una riduzione di quasi un terzo rispetto ai 53mila nati di inizio millennio. Stabile la natalità nella provincia di Palermo.

#### Indicatori di struttura della popolazione per Provincia – Censimento 2022

| PROVINCE       | Età media   | Indice di vecchiaia | Indice di dipendenza strutturale | Indice di dipendenza strutturale anziani | Indice di struttura della popolazione attiva |
|----------------|-------------|---------------------|----------------------------------|--|--|
| Agrigento      | 45,7        | 187,6               | 57,0                             | 37,2                                     | 128,0  |
| Caltanissetta  | 45,2        | 177,7               | 55,5                             | 35,5                                     | 125,6  |
| Catania        | 44,2        | 151,7               | 55,5                             | 33,5                                     | 126,6  |
| Enna           | 46,5        | 210,3               | 57,6                             | 39,1                                     | 129,0  |
| Messina        | 46,7        | 208,1               | 58,0                             | 39,2                                     | 140,3  |
| Palermo        | 44,8        | 161,3               | 57,2                             | 35,3                                     | 130,4  |
| Ragusa         | 44,1        | 153,1               | 54,3                             | 32,9                                     | 122,3  |
| Siracusa       | 45,4        | 176,1               | 56,0                             | 35,7                                     | 135,4  |
| Trapani        | 46,0        | 195,6               | 58,0                             | 38,4                                     | 131,6  |
| <b>SICILIA</b> | <b>45,2</b> | <b>172,0</b>        | <b>56,6</b>                      | <b>35,8</b>                              | <b>130,1</b>                                 |
| <b>ITALIA</b>  | <b>46,4</b> | <b>193,1</b>        | <b>57,4</b>                      | <b>37,8</b>                              | <b>143,2</b>                                 |

Palermo è l'unico comune a superare il mezzo milione di residenti (632.499 unità) e ha più del doppio della popolazione di Catania (299.730 unità), secondo comune più popoloso dell'isola.

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".

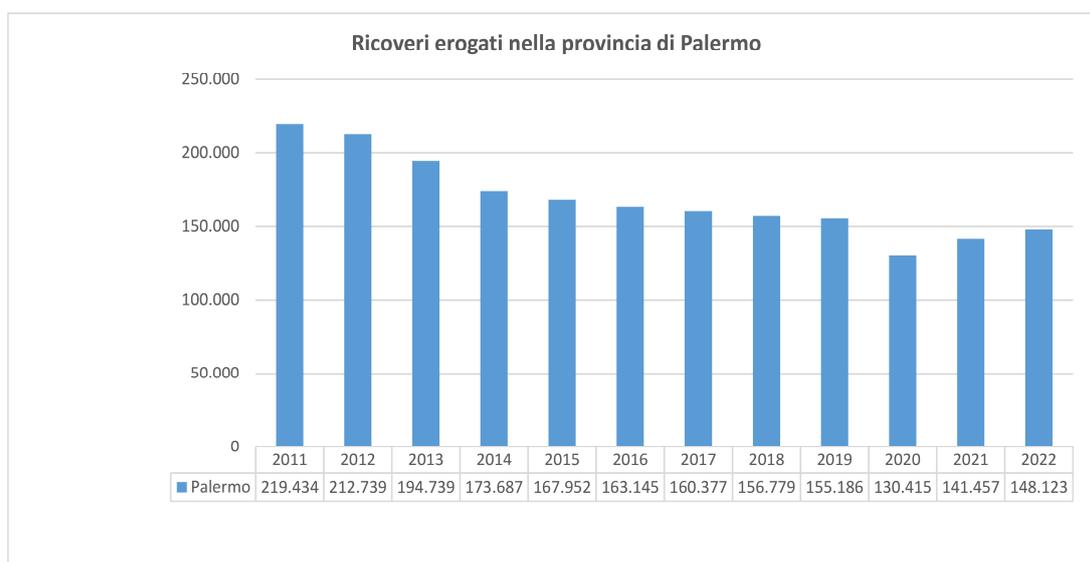
D'altra parte, le previsioni sulla configurazione della popolazione siciliana dei prossimi 50 anni, calcolate da Demo Geo Istat su alcuni indicatori demografici evidenziano:

- 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.

### **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 e ancor più nel 2022, si assiste ad una risalita del numero complessivo dei ricoveri. Il dato 2023 non risulta ancora disponibile sul portale della regione Sicilia.



## 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 Decreto Assessoriale n. 53 del 29.12.2022 il Dott. Roberto Colletti è stato nominato Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Civico – Di Cristina – Benfratelli".

Con deliberazione del Commissario Straordinario n.106 del 23/01/2023 è stato nominato il Direttore Sanitario, dott. Gaetano Buccheri.

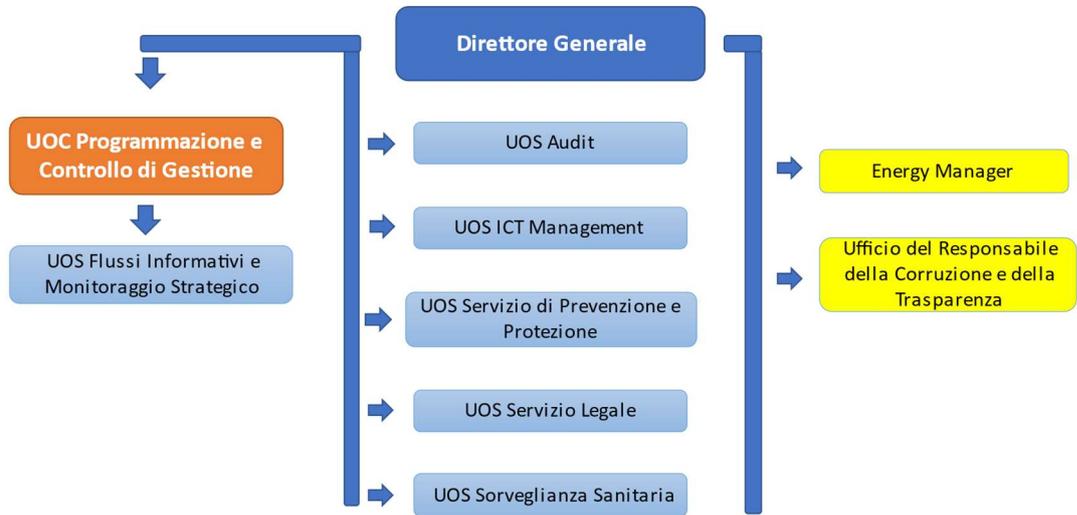
Con deliberazione n.1044 del 30/06/2023 è stato nominato l'Organismo Interno di Valutazione per il prossimo triennio.

Con DA n.32/2023/Gab del 27/10/2023 sono stati prorogati tutti gli incarichi di Commissario Straordinario delle Aziende e degli Enti del SSR (presa d'atto con deliberazione del Commissario Straordinario n.1644 del 03/11/2023).

L'atto Aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n.1228 del 07/10/2021 (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) è stato più volte rimodulato nel corso del 2022 (delibera n.885 del 24/06/2022; delibera n.964 del 14/07/2022; delibera n.1403 del 26/10/2022; delibera n.166 del 03/02/2023).

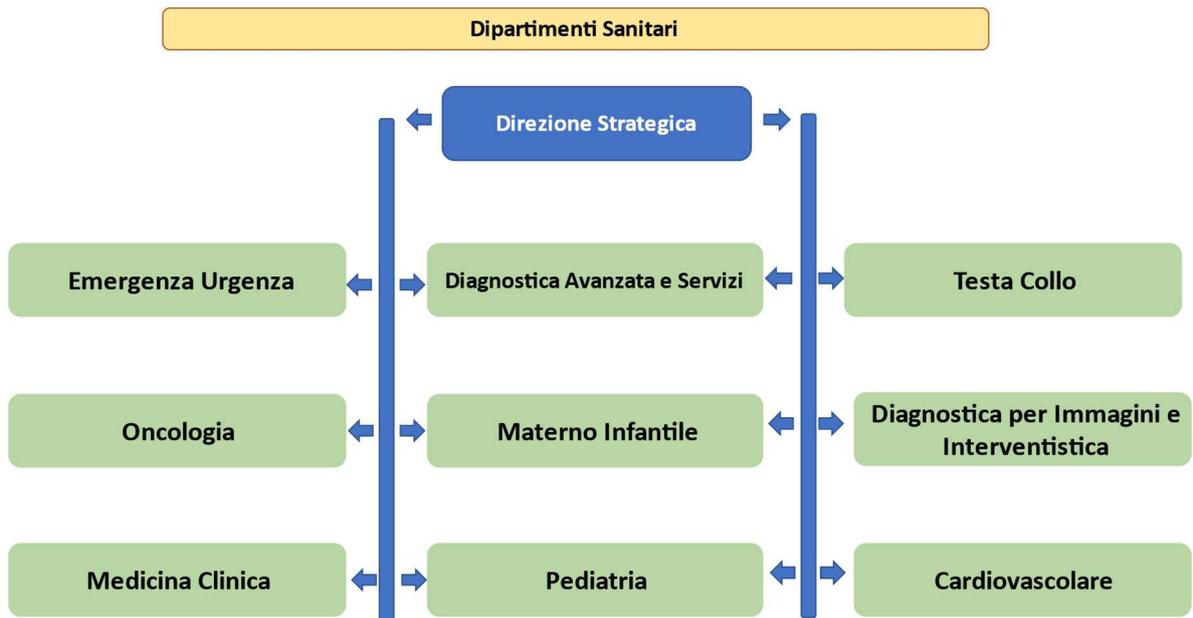
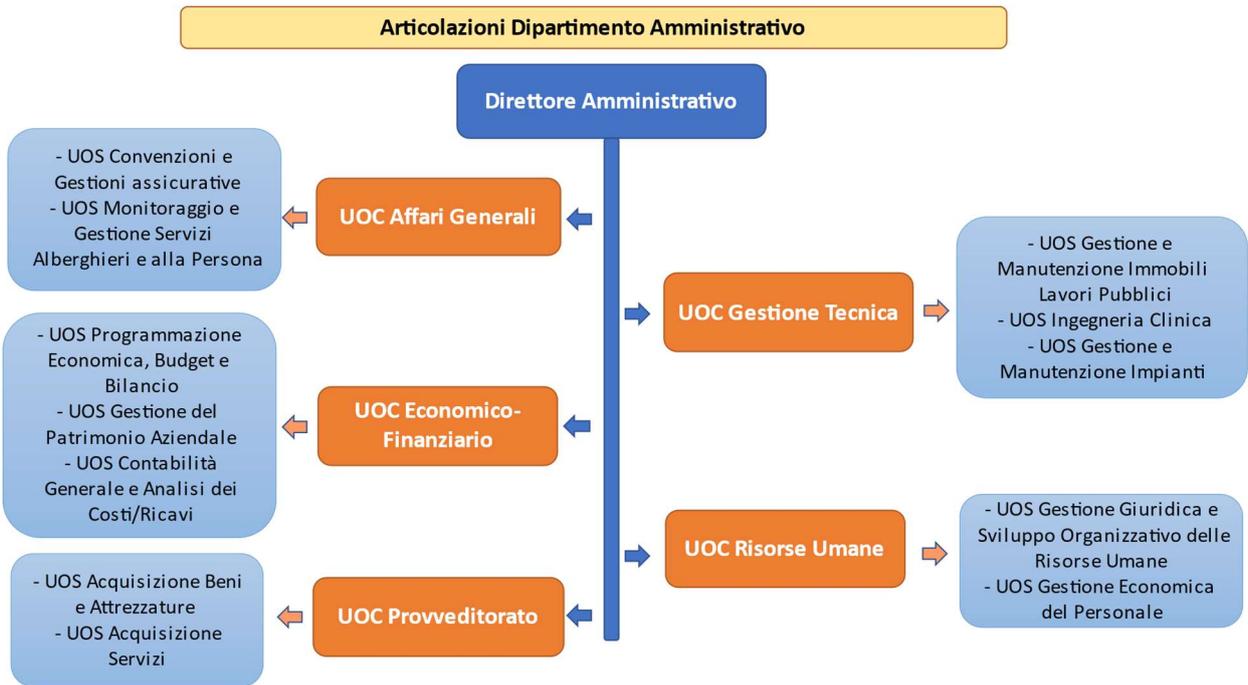
Si riporta l'**organigramma** dell'Azienda adottato con atto deliberativo n.166 del 03/02/2023.

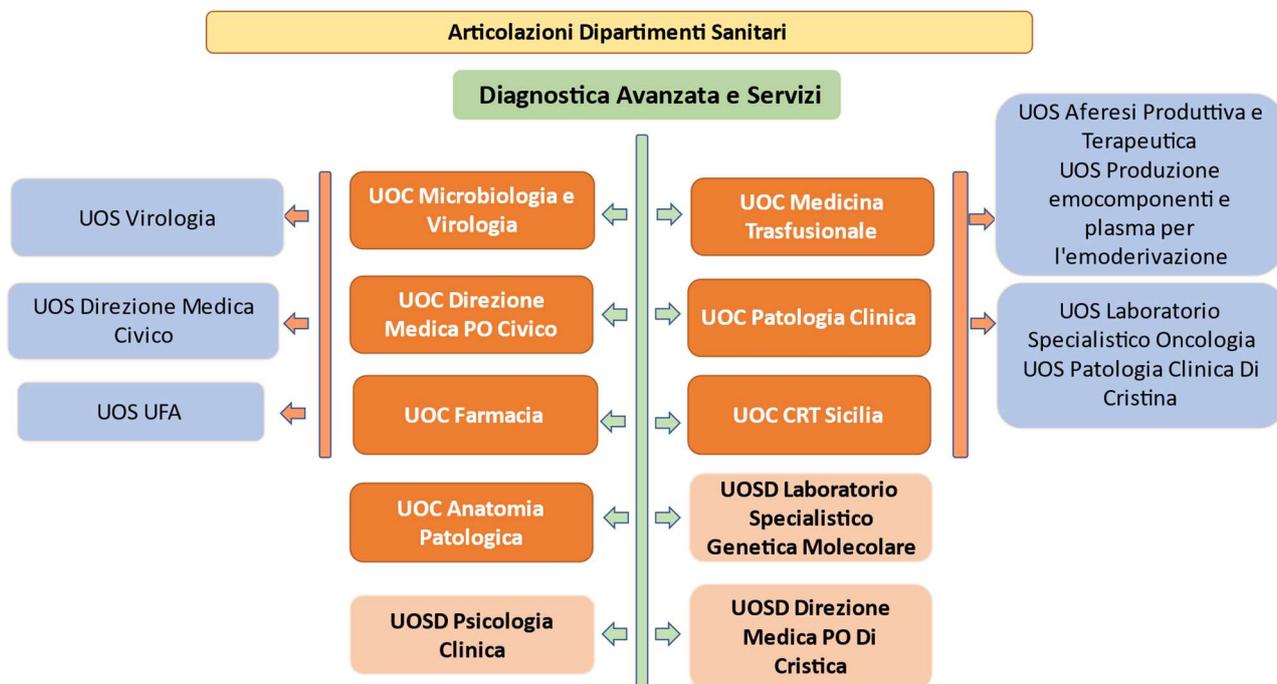
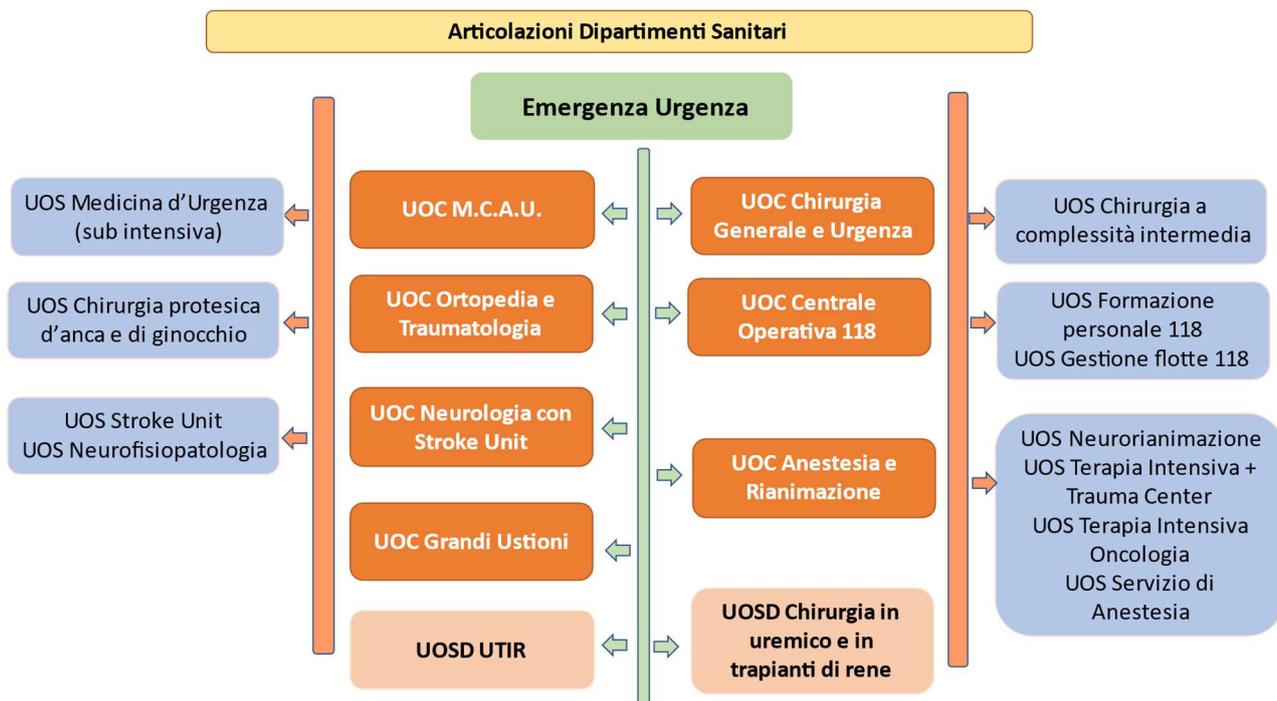
**Articolazioni in Staff alle Dirette Dipendenze del Direttore Generale**

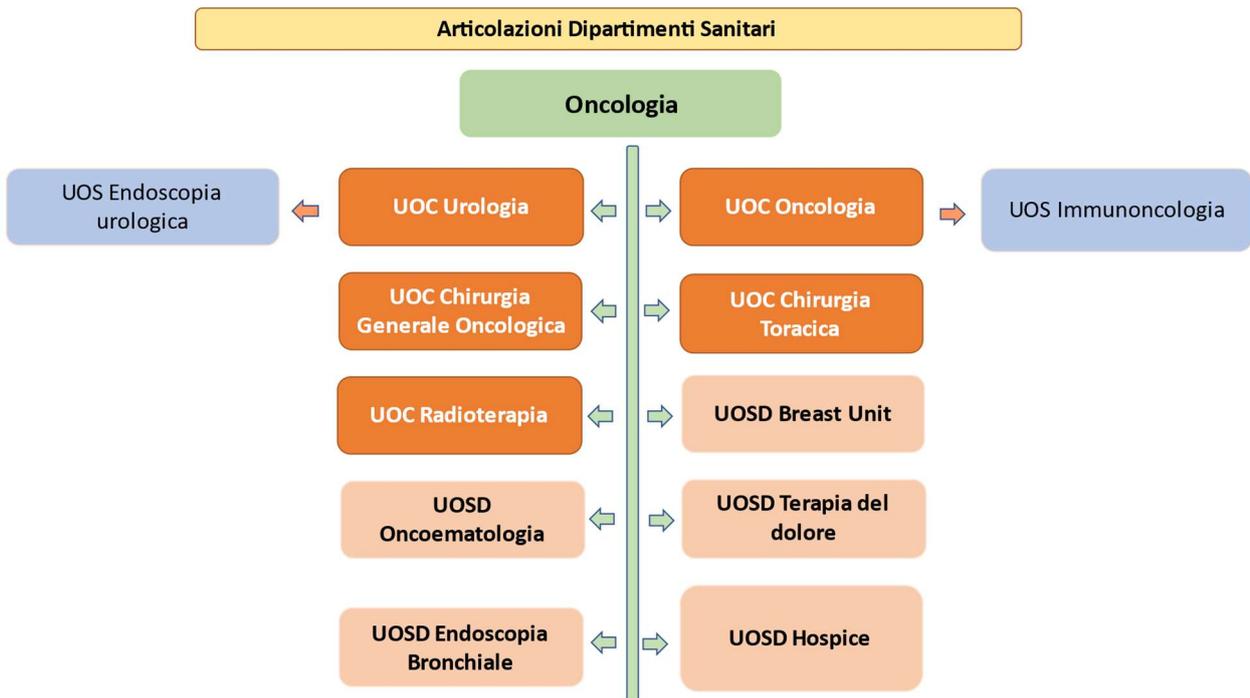
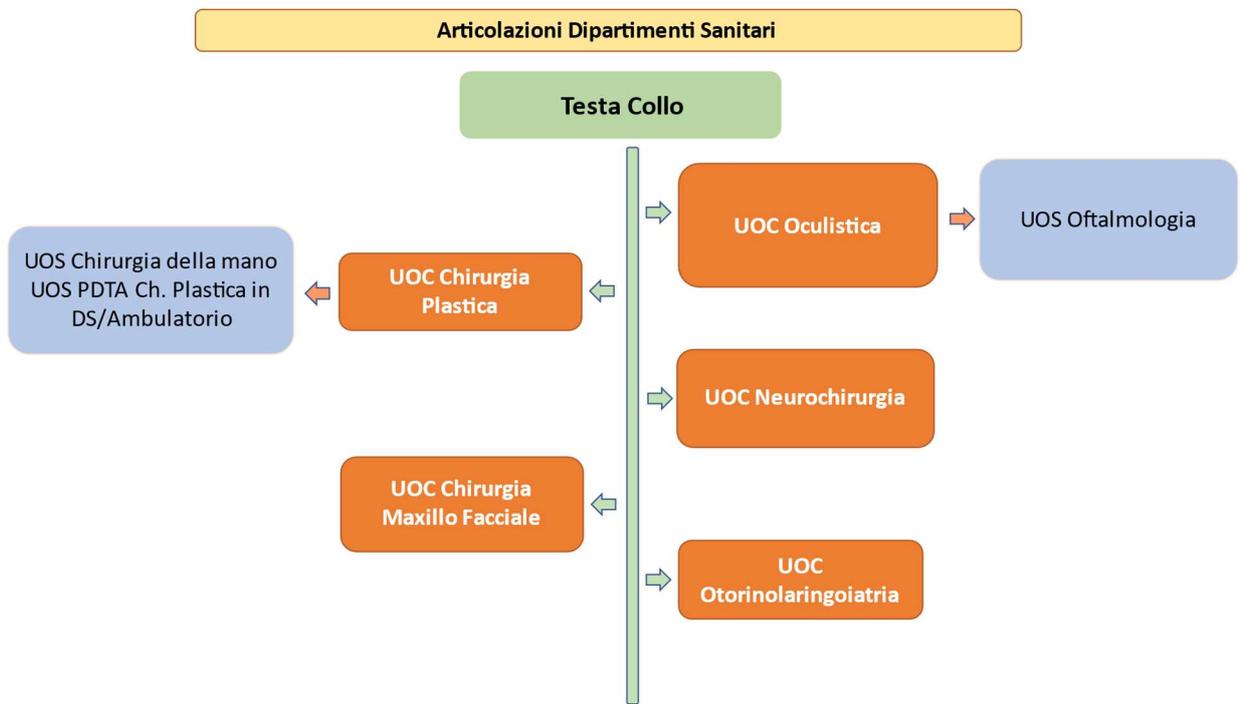


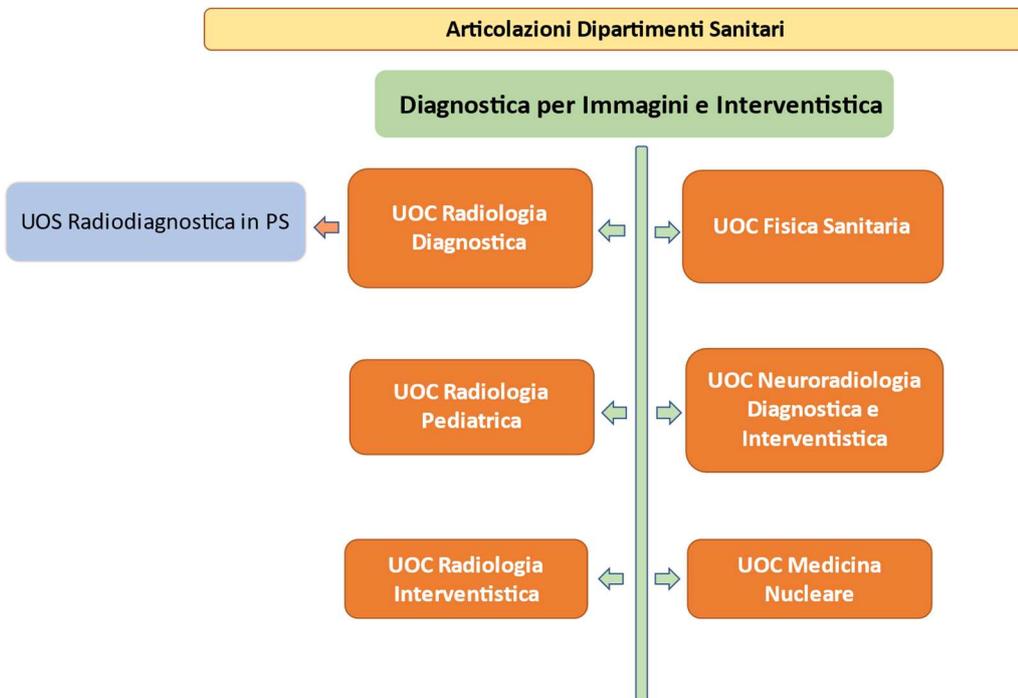
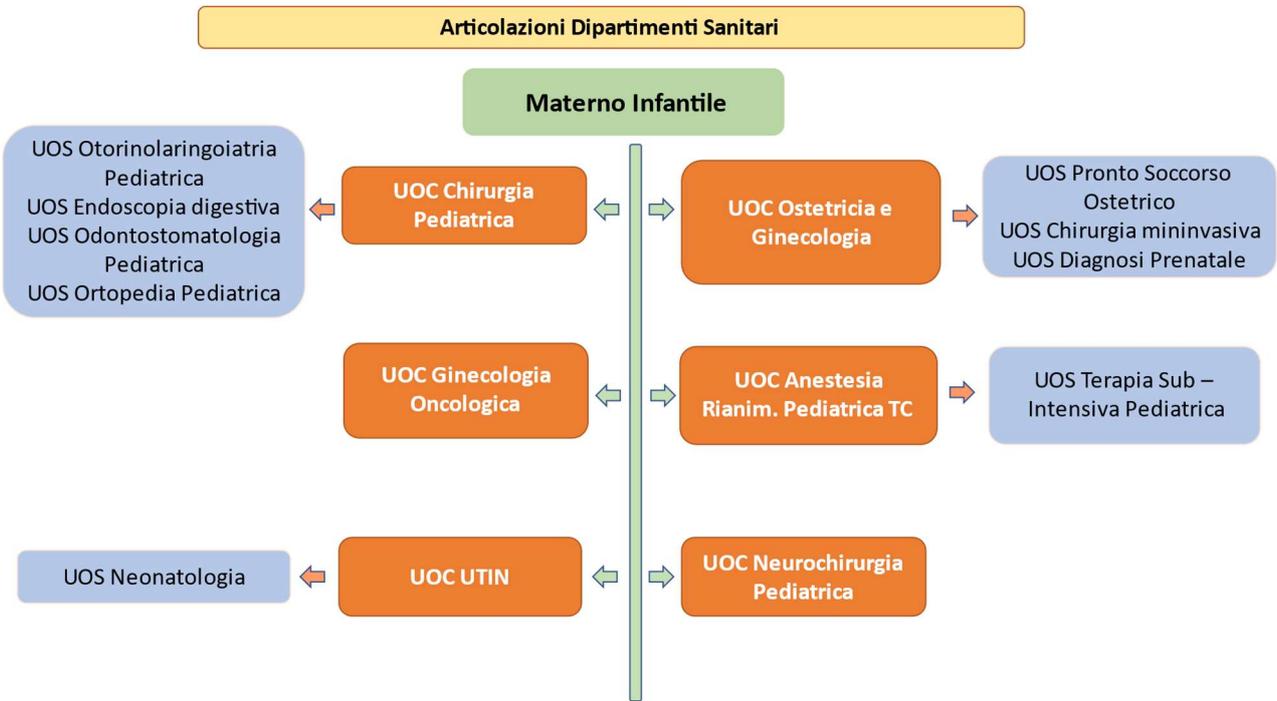
**Articolazioni in Staff alla Direzione Strategica**

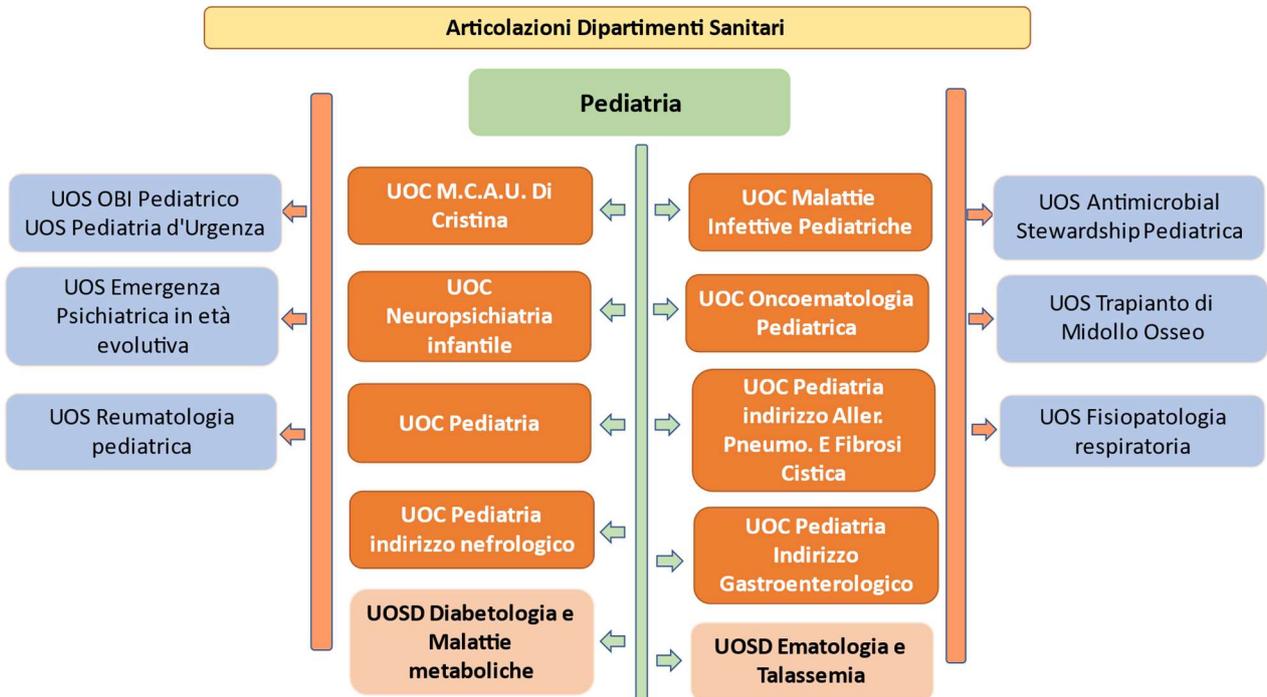
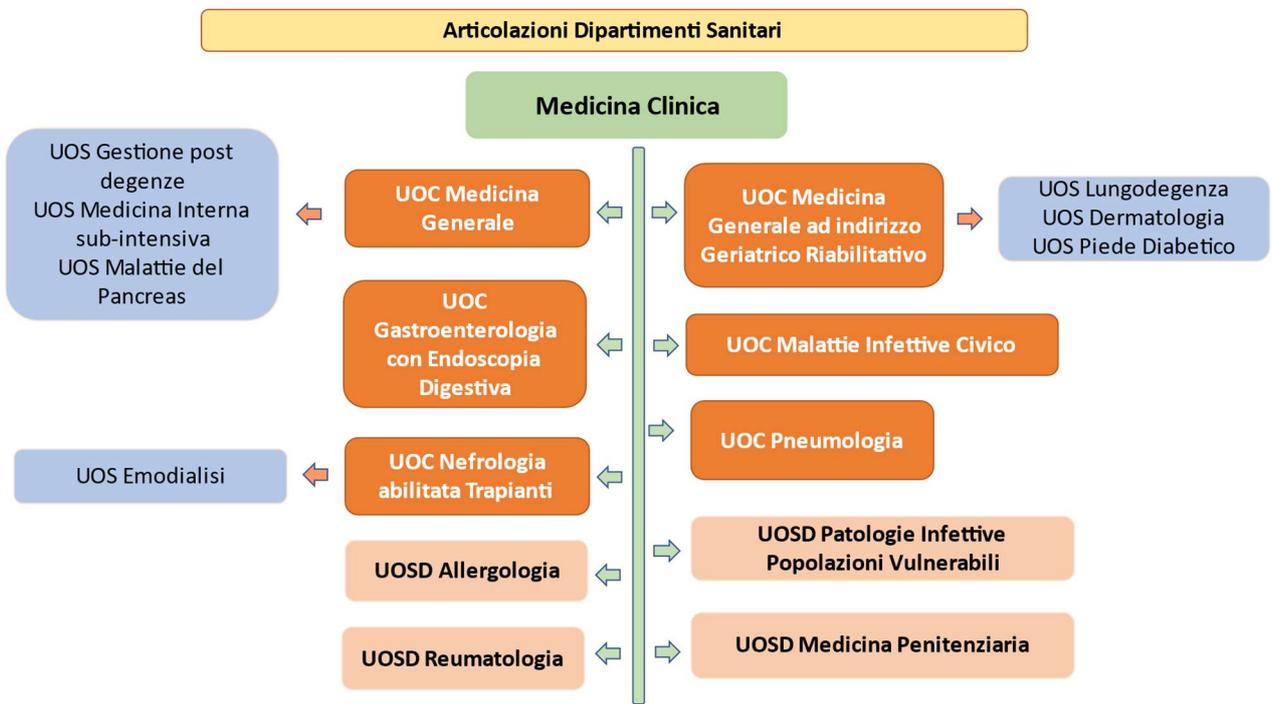


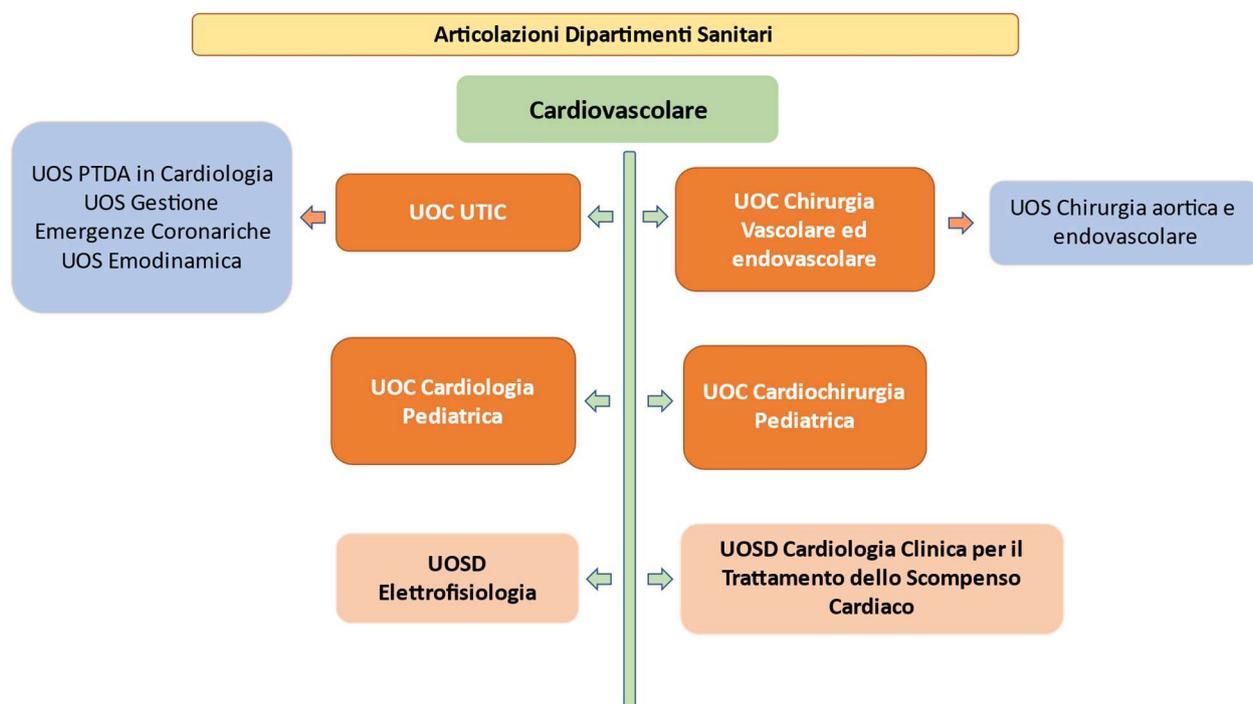












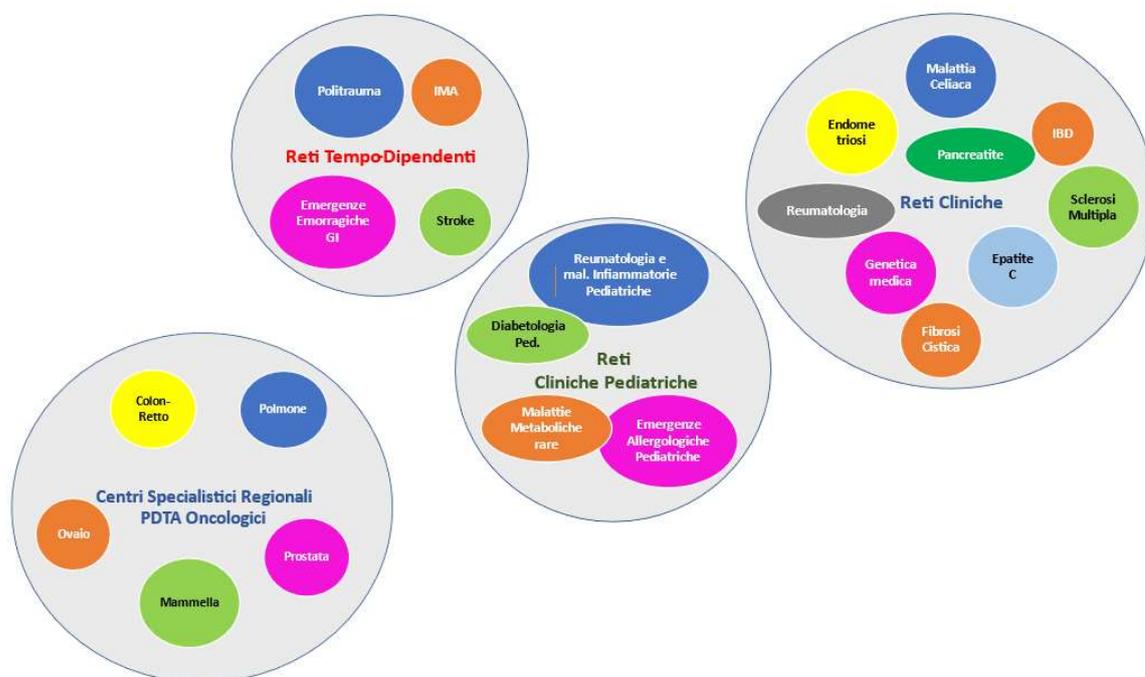
### Le Reti Assistenziali

L'Azienda, 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:

1. dell'emergenza: Infarto Miocardico Acuto, Stroke, TeleNeuReS, Politrauma (hub integrato);
2. cliniche: Trapianto di cellule staminali emopoietiche, Trapianto di Rene, Rete Reumatologica, Epatiti da Virus C, Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Malattia Celiaca, Talassemia e Emoglobinopatie, Fibrosi Cistica;
3. legate alle malattie rare: Malattie Infettive Rare, Tumori Rari e Tumori solidi eredo-familiari del bambino, Metabolismo dell'infanzia, Anemie rare congenite, Malattie rare di interesse dermatologico, Malformazioni congenite rare.

Inoltre, data la sua storica vocazione per il trattamento delle patologie oncologiche e la presenza di un dipartimento oncologico dotato di specialità e professionalità avanzate in tale ambito, è identificata dalla Regione Sicilia quale Centro Specialistico per l'attuazione dei PDTA per il trattamento dei tumori:

- colon-retto: DA 798 del 12/09/2022;
- polmone: DA 799 del 12/09/2022;
- prostata: DA 114 del 18/02/2021;
- mammella: DA 912 del 04/10/2022;
- ovaio: DA 800 del 12/09/2022.



Ancora, l'Azienda, svolge diffusa ed intensa attività di ricerca orientata a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo e la loro diffusione attraverso attività formative programmate e organizzate all'interno dell'azienda.

### **Il Personale Dipendente**

Il personale dipendente in servizio nel 2023 è pari a 2.996 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 2023</i> |
|---|--------------------|
| Età media del personale (anni)                  | 47                 |
| Età media dei dirigenti (anni)                  | 48                 |
| Percentuale di dipendenti in possesso di laurea | 46%                |
| Percentuale di dirigenti in possesso di laurea  | 100%               |

#### **Analisi Benessere Organizzativo**

| <i>Indicatori</i>                        | <i>Valore 2023</i> |
|--|--------------------|
| Tasso di Assenze                         | 13%                |
| Stipendio medio percepito dai dipendenti | € 56.547           |

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

| <i>Indicatori</i>  | <i>Valore 2023</i> |
|--|--------------------|
| Percentuale di dirigenti donne                               | 52%                |
| Percentuale di donne rispetto al totale del personale        | 56%                |
| Percentuale di personale donna assunto a tempo indeterminato | 77%                |
| Età media del personale femminile (dirigenti e non)          | 46                 |
| Percentuale di personale femminile con laurea                | 46%                |

Fonte dei dati: Flusso del personale 2023

**Statistiche di Genere**

**Statistiche Di Genere - Valori Medi e Percentuali su Organico Totale 2023**

|  | valore medio | donne | uomini |
|--|--------------|-------|--------|
| Numero Dipendenti                                |              | 55,8% | 44,2%  |
| Età media  | 47           | 46    | 48     |
| Età media Dirigenti                              | 48           | 46    | 49     |
| Anzianità di servizio                            | 13           | 13    | 14     |
| Personale Laureato su Organico Totale            | 45,8%        | 25,8% | 20,0%  |
| Personale Tempo Indeterminato su Organico Totale | 79,2%        | 42,8% | 36,4%  |
| Dirigenti su totale organico                     | 26,2%        | 13,7% | 12,5%  |
| Personale Area Sanitaria                         | 83,1%        | 48,6% | 34,5%  |
| Personale Area Amministrativa                    | 5,3%         | 2,9%  | 2,4%   |
| Personale Area Professionale e Tecnica           | 11,6%        | 4,4%  | 7,2%   |

**Statistiche Di Genere per Area - Percentuali su Organico Totale 2023**

|                          | valore medio | donne | uomini |
|--------------------------|--------------|-------|--------|
| Medici                   | 23,8%        | 12,2% | 11,6%  |
| Altri Dirigenti Sanitari | 1,8%         | 1,2%  | 0,6%   |
| Infermieri               | 48,7%        | 29,7% | 19,0%  |
| Altro Comparto sanitario | 8,8%         | 5,5%  | 3,3%   |
| Dirigenza PTA            | 0,5%         | 0,2%  | 0,3%   |
| Comparto PTA             | 16,3%        | 7,0%  | 9,3%   |
| Organi Direttivi         | 0,1%         | 0,0%  | 0,10%  |

## 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".

## Le Attività Produttive

L'ARNAS Civico, nel corso dell'anno 2023, ha continuato a perseguire l'obiettivo primario derivante dal proprio mandato istituzionale di effettuare prestazioni di assistenza ospedaliera di elevata complessità e di alta specializzazione, nello stesso tempo garantendo il proprio ruolo "storico" di presidio per l'assistenza ospedaliera delle condizioni patologiche di medio-bassa complessità.

Nel mese di Luglio 2023 è iniziata l'attività della UOC Cardiocirurgia Pediatrica, il cui avvio è stato garantito dal supporto, in regime di convenzione, con l'IRCSS San Donato di Milano.

## Sintesi Attività Produttive Aziendali

Periodo Gennaio - Dicembre anno 2023 vs anno 2022

Totale Azienda



Ricovero Ordinario

**Valore DRG**  
**105.738.762**

(stima infrannuale, valore da flusso a fine anno e per anni precedenti)

mesi flusso anno corrente  
12

**Delta vs Anno Precedente**

↑ 13.712.072



DH & DSAO

**valore DRG**  
**11.756.947**

(Valore da flusso)

mesi flusso anno corrente  
12

**Delta vs Anno Precedente**

↑ 1.214.718



Prestazioni per Esterni

**Importo**  
**23.986.954**

(flusso C e Cps)

mesi flusso anno corrente  
12

**Delta vs Anno Precedente**

↑ 5.106.642



Prestazioni per Interni

**Importo**  
**26.628.459**

(valori da Hero, Dnlab, Ebit, Olympus)

**Delta vs Anno Precedente**

↑ 1.027.275

## Attività per Dipartimento

### Dipartimento Cardiovascolare

**Produttività Gennaio - Dicembre 2023**  
 Confronto con dati periodo Gennaio - Dicembre 2022



### Tabella di sintesi

|                        | Dimessi RO (*) | Importo RO   | Dimessi DH | Importo DH | Dimessi DSAO | Importo DSAO | Quantità prestazioni esterni + PS | Importo prestazioni esterni + PS | Quantità prestazioni interni | Importo prestazioni interni |
|------------------------|----------------|--------------|------------|------------|--------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Anno Corrente</b>   | 2.472          | € 13.645.258 | 181        | € 266.574  | 225          | € 135.317    | 37.093                            | € 927.703                        | 36.310                       | € 636.900                   |
| <b>Anno Precedente</b> | 2.022          | € 11.583.198 | 208        | € 467.028  | 132          | € 77.456     | 30.570                            | € 789.376                        | 17.837                       | € 358.633                   |

(\*) Dati provenienti da ADT

### Dipartimento Cardiovascolare

#### Attività di Sala Operatoria

Dati riferiti al periodo Gennaio - Dicembre 2023

#### Totale Interventi per Centro di Costo



| Centro di Costo                  | Totale Interventi | Ore Intervento  | Media Minuti x Intervento |
|----------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------------|
| 06.10-Cardiochirurgia Pediatrica | 43                | 163,25          | 228                       |
| 08.01-Cardiologia                | 2                 | 3,50            | 105                       |
| 08.10-Emodinamica                | 1398              | 858,27          | 37                        |
| 08.11-Elettrofisiologia          | 626               | 664,92          | 64                        |
| 14.01-Chirurgia Vascolare        | 566               | 1.236,40        | 131                       |
| <b>Totale</b>                    | <b>2635</b>       | <b>2.926,33</b> |                           |



**Tabella di sintesi**

|                        | Dimessi RO (*) | Importo RO   | Dimessi DH | Importo DH | Dimessi DSAO | Importo DSAO | Quantità prestazioni esterni + PS | Importo prestazioni esterni + PS | Quantità prestazioni interni | Importo prestazioni interni |
|------------------------|----------------|--------------|------------|------------|--------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Anno Corrente</b>   | 2.827          | € 22.569.659 | 140        | € 198.210  | 891          | € 175.568    | 40.850                            | € 820.003                        | 8.783                        | € 436.702                   |
| <b>Anno Precedente</b> | 2.645          | € 18.549.494 | 89         | € 129.960  | 803          | € 173.200    | 34.961                            | € 669.568                        | 6.312                        | € 144.860                   |

**Dipartimento di Emergenza Urgenza**

**Attività di Sala Operatoria**

Dati riferiti al periodo Gennaio - Dicembre 2023



**Totale Interventi per Centro di Costo**

| Centro di Costo                                    | Totale Interventi | Ore Intervento  | Media Minuti x Intervento |
|--|-------------------|-----------------|---------------------------|
| 09.01-Chirurgia Generale e d'urgenza               | 923               | 1.166,15        | 76                        |
| 09.10-Chirurgia in uremico e in trapianti di reni_ | 3                 | 7,65            | 153                       |
| 38.01-Ortopedia e Traumatologia                    | 946               | 1.009,95        | 64                        |
| 47.01-Centro Ustioni                               | 17                | 27,50           | 97                        |
| <b>Totale</b>                                      | <b>1889</b>       | <b>2.211,25</b> |                           |

Dipartimento di Medicina Clinica

**Produttività Gennaio - Dicembre 2023**  
 Confronto con dati periodo Gennaio - Dicembre 2022



Tabella di sintesi

|                 | Dimessi RO (*) | Importo RO   | Dimessi DH | Importo DH | Dimessi DSAO | Importo DSAO | Quantità prestazioni esterni + PS | Importo prestazioni esterni + PS | Quantità prestazioni interni | Importo prestazioni interni |
|-----------------|----------------|--------------|------------|------------|--------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Anno Corrente   | 3.870          | € 17.970.705 | 387        | € 641.148  | 493          | € 107.650    | 132.083                           | € 4.022.176                      | 78.535                       | € 3.209.897                 |
| Anno Precedente | 2.985          | € 14.572.913 | 297        | € 480.692  | 358          | € 74.461     | 114.635                           | € 3.773.332                      | 62.122                       | € 2.679.748                 |

Dipartimento di Medicina Clinica

**Attività di Sala Operatoria**

Dati riferiti al periodo Gennaio - Dicembre 2023

**Totale Interventi per Centro di Costo**



| Centro di Costo                          | Totale Interventi | Ore Intervento | Media Minuti x Intervento |
|--|-------------------|----------------|---------------------------|
| 48.02-Nefrologia e Dialisi con Trapianto | 166               | 177,17         | 64                        |
|  | 166               | 177,17         |                           |

Relazione sulla Performance 2023 – ARNAS Civico

Dipartimento di Oncologia

Produttività Gennaio - Dicembre 2023  
Confronto con dati periodo Gennaio - Dicembre 2022



Tabella di sintesi

|                 | Dimessi RO (*) | Importo RO   | Dimessi DH | Importo DH  | Dimessi DSAO | Importo DSAO | Quantità prestazioni esterni + PS | Importo prestazioni esterni + PS | Quantità prestazioni interni | Importo prestazioni interni |
|-----------------|----------------|--------------|------------|-------------|--------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Anno Corrente   | 2.721          | € 14.637.441 | 651        | € 1.071.831 | 1.491        | € 1.652.217  | 71.569                            | € 3.867.359                      | 8.037                        | € 932.848                   |
| Anno Precedente | 2.383          | € 13.664.274 | 601        | € 1.285.233 | 1.317        | € 1.364.915  | 68.927                            | € 3.630.112                      | 6.790                        | € 788.855                   |

Dipartimento di Oncologia

Attività di Sala Operatoria

Dati riferiti al periodo Gennaio - Dicembre 2023

Totale Interventi per Centro di Costo



| Centro di Costo                     | Totale Interventi | Ore Intervento  | Media Minuti x Intervento |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------------|
| 09.08-Chirurgia Generale Oncologica | 540               | 1.828,93        | 203                       |
| 13.01-Chirurgia Toracica            | 194               | 213,95          | 66                        |
| 43.01-Urologia                      | 1137              | 1.415,53        | 75                        |
| 98.01-Terapia del Dolore_Servizio   | 146               | 104,15          | 43                        |
| <b>2017</b>                         | <b>2017</b>       | <b>3.562,57</b> |                           |

Dipartimento di Pediatria

Produttività Gennaio - Dicembre 2023

Confronto con dati periodo Gennaio - Dicembre 2022

Ricovero Ordinario

Valore DRG

11.099.739

Delta vs Anno Precedente

976.495



DH & DSAO

Valore DRG

2.388.955

Delta vs Anno Precedente

190.849



Prestazioni per Esterni

Valore

556.386

Delta vs Anno Precedente

76.519



Prestazioni per Interni

Valore

77.577

Delta vs Anno Precedente

10.187



Tabella di sintesi

|                 | Dimessi RO (*) | Importo RO   | Dimessi DH | Importo DH  | Dimessi DSAO | Importo DSAO | Quantità prestazioni esterni + PS | Importo prestazioni esterni + PS | Quantità prestazioni interni | Importo prestazioni interni |
|-----------------|----------------|--------------|------------|-------------|--------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Anno Corrente   | 5.050          | € 11.099.739 | 698        | € 1.988.955 | 2.256        | € 400.000    | 32.370                            | € 556.386                        | 3.682                        | € 77.577                    |
| Anno Precedente | 5.091          | € 10.123.244 | 640        | € 1.912.208 | 1.863        | € 285.898    | 22.719                            | € 479.867                        | 3.324                        | € 67.390                    |

Dipartimento Materno Infantile

**Produttività Gennaio - Dicembre 2023**  
 Confronto con dati periodo Gennaio - Dicembre 2022



Tabella di sintesi

|                        | Dimessi RO (*) | Importo RO   | Dimessi DH | Importo DH  | Dimessi DSAO | Importo DSAO | Quantità prestazioni esterni + PS | Importo prestazioni esterni + PS | Quantità prestazioni interni | Importo prestazioni interni |
|------------------------|----------------|--------------|------------|-------------|--------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Anno Corrente</b>   | 5.805          | € 14.214.959 | 1.436      | € 1.434.325 | 165          | € 84.521     | 22.529                            | € 484.273                        | 1.973                        | € 38.532                    |
| <b>Anno Precedente</b> | 5.760          | € 13.136.859 | 1.061      | € 1.065.971 | 69           | € 28.142     | 18.765                            | € 390.259                        | 1.371                        | € 27.038                    |

Dipartimento Materno Infantile

Attività di Sala Operatoria

Dati riferiti al periodo Gennaio - Dicembre 2023

Totale Interventi per Centro di Costo



| Centro di Costo                | Totale Interventi | Ore Intervento  | Media Minuti x Intervento |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------------|
| 11.01-Chirurgia Pediatrica     | 1179              | 762,63          | 39                        |
| 37.01-Ostetricia e Ginecologia | 1847              | 1.246,40        | 40                        |
| 37.02-Ginecologia Oncologica   | 507               | 1.519,80        | 180                       |
| <b>Totale</b>                  | <b>3533</b>       | <b>3.528,83</b> |                           |

Dipartimento Testa Collo

Produttività Gennaio - Dicembre 2023

Confronto con dati periodo Gennaio - Dicembre 2022

Ricovero Ordinario

Valore DRG

11.082.032

Delta vs Anno Precedente

1.218.518



DH & DSAO

Valore DRG

3.600.631

Delta vs Anno Precedente

403.566



Prestazioni per Esterni

Valore

1.088.880

Delta vs Anno Precedente

216.559



Prestazioni per Interni

Valore

120.389

Delta vs Anno Precedente

24.570



Tabella di sintesi

|                 | Dimessi RO (*) | Importo RO   | Dimessi DH | Importo DH  | Dimessi DSAO | Importo DSAO | Quantità prestazioni esterni + PS | Importo prestazioni esterni + PS | Quantità prestazioni interni | Importo prestazioni interni |
|-----------------|----------------|--------------|------------|-------------|--------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Anno Corrente   | 2.182          | € 11.082.032 | 985        | € 1.447.866 | 3.232        | € 2.152.765  | 65.054                            | € 1.088.880                      | 6.639                        | € 120.389                   |
| Anno Precedente | 1.631          | € 9.863.514  | 894        | € 1.330.804 | 2.803        | € 1.866.460  | 50.852                            | € 872.321                        | 5.230                        | € 95.820                    |

Dipartimento Testa Collo

Attività di Sala Operatoria

Dati riferiti al periodo Gennaio - Dicembre 2023

Totale Interventi per Centro di Costo



| Centro di Costo                  | Totale Interventi | Ore Intervento | Media Minuti x Intervento |
|----------------------------------|-------------------|----------------|---------------------------|
| 09.09-Chirurgia Mammaria         | 305               | 386,20         | 76                        |
| 10.01-Chirurgia Maxillo Facciale | 523               | 694,37         | 80                        |
| 12.01-Chirurgia Plastica         | 1847              | 1.319,33       | 43                        |
| 30.01-Neurochirurgia             | 627               | 1.614,53       | 155                       |
| 34.01-Oculistica                 | 2938              | 1.220,22       | 25                        |
| 38.01-Otorinolaringoiatria       | 1035              | 691,67         | 40                        |
|                                  | 7275              | 5.926,32       |                           |

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica

Produttività Gennaio - Dicembre 2023

Confronto con dati periodo Gennaio - Dicembre 2022

Prestazioni Ambulatoriali per Esterni

Valore

4.654.531

Delta vs Anno Precedente

2.590.877



Prestazioni per Esterni PS

Valore

2.060.182

Delta vs Anno Precedente

140.303



Prestazioni per Interni

Valore

9.576.319

Delta vs Anno Precedente

2.415.083



Tabella di sintesi

|                 | Quantità prestazioni esterni flusso C | Importo prestazioni esterni flusso C | Quantità prestazioni esterni flusso C PS | Importo prestazioni esterni flusso C PS | Quantità prestazioni interni | Importo prestazioni interni |
|-----------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|---|------------------------------|-----------------------------|
| Anno Corrente   | 41.798                                | 4.654.531                            | 44.433                                   | 2.060.182                               | 63.969                       | 9.576.319                   |
| Anno Precedente | 29.798                                | 2.063.653                            | 40.784                                   | 1.919.879                               | 53.520                       | 7.161.236                   |

Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi

**Produttività Gennaio - Dicembre 2023**  
 Confronto con dati periodo Gennaio - Dicembre 2022

**Prestazioni Ambulatoriali per Esterni**

Valore

**4.354.601**

Delta vs Anno Precedente

**1.030.536**



**Prestazioni per Esterni PS**

Valore

**1.143.186**

Delta vs Anno Precedente

**163.876**



**Prestazioni per Interni**

Valore

**11.590.476**

Delta vs Anno Precedente

**-2.679.027**



Tabella di sintesi

|                        | Quantità prestazioni esterni flusso C | Importo prestazioni esterni flusso C | Quantità prestazioni esterni flusso C PS | Importo prestazioni esterni flusso C PS | Quantità prestazioni interni | Importo prestazioni interni |
|------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|---|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Anno Corrente</b>   | 468.604                               | 4.354.601                            | 437.265                                  | 1.143.186                               | 2.778.073                    | 11.590.476                  |
| <b>Anno Precedente</b> | 391.175                               | 3.324.065                            | 382.783                                  | 979.309                                 | 2.580.037                    | 14.269.503                  |

### Attività di Pronto Soccorso

L'ARNAS Civico Giovanni Di Cristina Benfratelli è sede di:

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

Gli accessi per l'anno 2023 hanno superato le 100.000 unità.

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

| Triage                | Anno 2023     |                 |                            | Anno 2022     |                 |                            |
|-----------------------|---------------|-----------------|----------------------------|---------------|-----------------|----------------------------|
|                       | PS. Civico    | PS. Di Cristina | PS. Ostetrico Ginecologico | PS. Civico    | PS. Di Cristina | PS. Ostetrico Ginecologico |
| Bianco                | 7.312         | 158             | 103                        | 5.299         | 85              | 98                         |
| Verde                 | 38.634        | 25.941          | 5.936                      | 34.325        | 22.169          | 4.660                      |
| Giallo                | 16.843        | 11.892          | 3.768                      | 15.323        | 12.115          | 4.581                      |
| Rosso                 | 2.163         | 358             | 40                         | 2.225         | 328             | 57                         |
| X                     | 1.442         |                 |                            | 1.653         |                 |                            |
| Nero                  | 4             |                 |                            | 8             |                 | 1                          |
| <b>Totale accessi</b> | <b>66.398</b> | <b>38.349</b>   | <b>9.847</b>               | <b>58.833</b> | <b>34.697</b>   | <b>9.397</b>               |

**Costo del Personale Dipendente e CoCoCo**



|   |                        | Costo<br>Personale<br>Dipendente<br>& CoCoCo<br>2023 | Delta vs<br>Anno<br>Precedente | FTE     | Delta vs<br>Anno<br>Precedente |    |
|---|------------------------|--|--------------------------------|---------|--------------------------------|----|
| CostiComuni   | AltriDirigentiSanitari | 978  | -7.093                         | 0       | -0                             | ↓  |
|   | CompartoPTA            | 88.324   | -49.481                        | 3       | -2                             | ↓  |
|   | CompartoSanitario      | 185.417  | -148.568                       | 4       | -3                             | ↓  |
|   | DirigenzaPTA           | 2.498  | 2.498                          | 0       |                                |    |
|   | Medici                 | 195.382  | 18.641                         | 2       | -1                             | ↓  |
| Dipartimento<br>Amministrativo                                      | AltriDirigentiSanitari | 95.439   | 50.243                         | 1       | 0                              | ↑  |
|   | CompartoPTA            | 8.369.684  | 464.797                        | 234     | 1                              | ↑  |
|   | CompartoSanitario      | 282.865  | 39.941                         | 6       | 1                              | ↑  |
|   | DirigenzaPTA           | 1.819.961  | 96.857                         | 13      | 1                              | ↑  |
| Dipartimento<br>Cardiovascolare                                     | CompartoPTA            | 938.536  | 180.795                        | 26      | 3                              | ↑  |
|   | CompartoSanitario      | 5.958.034  | 1.144.512                      | 120     | 21                             | ↑  |
|   | Medici                 | 5.293.774  | 463.134                        | 54      | 5                              | ↑  |
| Dipartimento<br>Diagnostica<br>Avanzata e<br>Servizi                | AltriDirigentiSanitari | 3.531.413  | 66.110                         | 40      | 1                              | ↑  |
|   | CompartoPTA            | 1.891.870  | -265.280                       | 65      | -6                             | ↓  |
|   | CompartoSanitario      | 7.543.853  | 372.602                        | 167     | 7                              | ↑  |
|   | Medici                 | 3.344.440  | -115.069                       | 31      | -1                             | ↓  |
| Dipartimento<br>Materno<br>Infantile                                | CompartoPTA            | 1.070.612  | 213.817                        | 35      | 4                              | ↑  |
|   | CompartoSanitario      | 8.553.928  | 559.150                        | 177     | 10                             | ↑  |
|   | Medici                 | 6.404.518  | 508.379                        | 64      | 5                              | ↑  |
| Dipartimento<br>Testa Collo   | CompartoPTA            | 594.915  | 109.655                        | 19      | 2                              | ↑  |
|   | CompartoSanitario      | 5.949.287  | 596.689                        | 123     | 9                              | ↑  |
| Dipartimento<br>Testa Collo   | Medici                 | 5.068.266  | 159.553                        | 52      | 3                              | ↑  |
| Dipartimento di<br>Diagnostica per<br>Immagini e<br>Interventistica | AltriDirigentiSanitari | 466.509  | -43.065                        | 5       | -1                             | ↓  |
|   | CompartoPTA            | 427.943  | 46.135                         | 13      | 2                              | ↑  |
|   | CompartoSanitario      | 6.143.658  | 698.777                        | 126     | 13                             | ↑  |
|   | Medici                 | 5.880.828  | 634.304                        | 57      | 7                              | ↑  |
| Dipartimento di<br>Emergenza<br>Urgenza                             | CompartoPTA            | 3.117.971  | 748.551                        | 93      | 16                             | ↑  |
|   | CompartoSanitario      | 17.827.473   | 551.541                        | 337     | -6                             | ↓  |
|   | Medici                 | 18.132.524   | 1.205.751                      | 165     | 12                             | ↑  |
| Dipartimento di<br>Medicina<br>Clinica                              | CompartoPTA            | 1.528.072  | 102.544                        | 55      | 2                              | ↑  |
|   | CompartoSanitario      | 10.087.028   | 253.164                        | 219     | 3                              | ↑  |
|   | Medici                 | 9.852.508  | 620.543                        | 98      | 5                              | ↑  |
| Dipartimento di<br>Oncologia  | CompartoPTA            | 1.190.050  | 178.684                        | 38      | 4                              | ↑  |
|   | CompartoSanitario      | 7.168.386  | 284.148                        | 154     | 4                              | ↑  |
|   | Medici                 | 6.661.476  | 330.657                        | 64      | 3                              | ↑  |
| Dipartimento di<br>Pediatria  | AltriDirigentiSanitari | 95.449   | 719                            | 1       | 0                              | ↑  |
|   | CompartoPTA            | 1.601.719  | 220.708                        | 51      | 5                              | ↑  |
|   | CompartoSanitario      | 8.825.588  | 597.213                        | 186     | 6                              | ↑  |
|   | Medici                 | 8.928.553  | 135.604                        | 87      | -0                             | ↓  |
| Organi<br>Istituzionali,<br>STAFF e<br>Tecnostuttura                | AltriDirigentiSanitari | 293.162  | 17.813                         | 4       | 0                              | ↑  |
|   | CompartoPTA            | 2.033.346  | -27.650                        | 56      | -6                             | ↓  |
|   | CompartoSanitario      | 1.184.811  | 26.327                         | 24      | -1                             | ↓  |
|   | DirigenzaPTA           | 382.632  | 219.280                        | 3       | 2                              | ↑  |
|   | Medici                 | 1.666.128  | 331.951                        | 14      | 2                              | ↑  |
|   |                        | CompartoPTA  | 156.712                        | -61.497 | 4                              | -2 |
|   | DirigenzaPTA           | 143.006  | -3.981                         | 1       | 0                              | ↓  |

## Consumo Beni

### Dispositivi



|  | Importo Ordinario Dispositivi | Delta vs Anno Precedente |   | Importo Scarico CD | Delta vs Anno Precedente |   |
|--|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------|--------------------------|---|
| CostiComuni  | 27.646                        | 25.224                   | ↑ |                    |                          |   |
| Dipartimento Amministrativo                                | 3.107                         | -781                     | ↓ |                    |                          |   |
| Dipartimento Cardiovascolare                               | 2.233.932                     | 150.134                  | ↑ | 7.140.058          | 956.266                  | ↑ |
| Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi                | 10.347.610                    | 1.540.762                | ↑ |                    |                          |   |
| Dipartimento Materno Infantile                             | 2.007.209                     | -311.221                 | ↓ | 434.917            | -175.772                 | ↓ |
| Dipartimento Testa Collo                                   | 2.965.312                     | 345.356                  | ↑ | 2.638.332          | 458.377                  | ↑ |
| Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica | 1.456.532                     | 178.947                  | ↑ | 2.359.548          | 443.988                  | ↑ |
| Dipartimento di Emergenza Urgenza                          | 2.636.153                     | -98.924                  | ↓ | 1.764.014          | 498.182                  | ↑ |
| Dipartimento di Medicina Clinica                           | 3.606.215                     | -92.570                  | ↓ | 493.618            | -25.072                  | ↓ |
| Dipartimento di Oncologia                                  | 2.768.907                     | -866.113                 | ↓ | 1.169.382          | -121.372                 | ↓ |
| Dipartimento di Pediatria                                  | 696.718                       | 5.787                    | ↑ | 5.248              | 3.736                    | ↑ |
| Organi Istituzionali, STAFF e Tecnostruttura               | 297                           | -378                     | ↓ |                    |                          |   |
|  | 3.837                         | -1.219                   | ↓ |                    |                          |   |



### Farmaci

|  | Importo Ordinario Farmaci | Delta vs Anno Precedente |   | Importo File T + F | Delta vs Anno Precedente |   |
|--|---------------------------|--------------------------|---|--------------------|--------------------------|---|
| CostiComuni  | 940.762                   | 148.330                  | ↑ | 547                | 476                      | ↑ |
| Dipartimento Amministrativo                                |                           |                          |   | 0                  | 0                        | ↑ |
| Dipartimento Cardiovascolare                               | 453.077                   | 134.766                  | ↑ | 450.126            | 251.231                  | ↑ |
| Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi                | 209.174                   | 129.096                  | ↑ | 145.377            | 29.640                   | ↑ |
| Dipartimento Materno Infantile                             | 563.612                   | -6.768                   | ↓ | 270.365            | -2.963                   | ↓ |
| Dipartimento Testa Collo                                   | 482.629                   | 7.826                    | ↑ | 1.039.638          | 93.443                   | ↑ |
| Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica | 932.844                   | 344.023                  | ↑ | 0                  | 0                        | ↑ |
| Dipartimento di Emergenza Urgenza                          | 3.042.636                 | 820.211                  | ↑ | 1.788.517          | -885.764                 | ↓ |
| Dipartimento di Medicina Clinica                           | 2.716.245                 | 1.223.940                | ↑ | 16.862.104         | 1.979.301                | ↑ |
| Dipartimento di Oncologia                                  | 1.183.220                 | -112.502                 | ↓ | 13.913.412         | 2.050.224                | ↑ |
| Dipartimento di Pediatria                                  | 1.805.600                 | 265.074                  | ↑ | 8.798.733          | -1.666.124               | ↓ |
| Organi Istituzionali, STAFF e Tecnostruttura               |                           |                          |   | 0                  | 0                        | ↑ |
|  | 17.251                    | -5.859                   | ↓ | 178                | -208                     | ↓ |

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

Il risultato negoziato nel 2023 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 2023, 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 2023 e loro variazione complessiva rispetto al precedente anno 2022, utilizzando come fonte i valori inseriti nei modelli CE consuntivi:

Relazione sulla Performance 2023 – ARNAS Civico

| CODICE        | VOCE NUOVO MODELLO CE (1)  | analitico<br>CNS 2019 | analitico<br>CNS 2020 | analitico<br>CNS 2021 | analitico<br>CNS 2022 | analitico<br>CNS 2023 |
|---------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| AA0010        | A.1) Contributi in c/esercizio   | 151.115.180           | 182.509.076           | 183.063.090           | 163.854.392           | 183.937.087           |
| AA0240        | A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti                 | - 685.633             | -9.277.713            | -410.055              | -1.109.046            | -2.610.134            |
| AA0270        | A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 1.502.281             | 436.570               | 3.295.309             | 1.261.981             | 4.180.890             |
| AA0320        | A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria           | 171.398.746           | 153.534.579           | 159.626.091           | 166.859.627           | 189.760.514           |
| AA0750        | A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi   | 4.926.540             | 5.473.174             | 3.901.306             | 3.281.219             | 3.141.425             |
| AA0940        | A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)                   | 1.507.550             | 947.301               | 1.062.549             | 1.253.953             | 1.662.355             |
| AA0980        | A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio                                | 9.212.497             | 10.116.042            | 11.062.139            | 12.222.578            | 13.555.135            |
| AA1050        | A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni                              | -                     | 0                     | 0                     | 0                     | 0                     |
| AA1060        | A.9) Altri ricavi e proventi   | 608.268               | 379.480               | 374.655               | 483.646               | 853.422               |
| <b>AZ9999</b> | <b>Totale valore della produzione (A)</b>  | <b>339.585.429</b>    | <b>344.118.509</b>    | <b>361.975.084</b>    | <b>348.108.350</b>    | <b>394.480.694</b>    |
| BA0010        | B.1) Acquisti di beni  | 91.011.357            | 89.485.570            | 90.709.019            | 94.872.995            | 104.860.551           |
| BA0390        | B.2) Acquisti di servizi   | 51.864.267            | 47.425.553            | 54.361.348            | 49.769.552            | 51.368.729            |
| BA0400        | B.2.A) Acquisti servizi sanitari   | 33.026.787            | 27.576.229            | 29.324.910            | 21.940.662            | 23.709.731            |
| BA1560        | B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari  | 18.837.480            | 19.849.324            | 25.036.438            | 27.828.890            | 27.658.998            |
| BA1910        | B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)                             | 12.505.903            | 12.769.165            | 14.014.865            | 20.420.722            | 18.928.867            |
| BA1990        | B.4) Godimento di beni di terzi  | 2.872.376             | 3.626.454             | 4.129.447             | 3.198.511             | 3.913.783             |
| BA2080        | Totale Costo del personale   | 154.705.691           | 157.196.271           | 158.821.159           | 163.112.341           | 175.467.922           |
| BA2500        | B.9) Oneri diversi di gestione   | 1.886.971             | 1.853.194             | 1.596.797             | 1.568.953             | 1.716.581             |
| BA2560        | Totale Ammortamenti  | 9.827.493             | 10.569.139            | 11.514.524            | 12.673.670            | 13.934.532            |
| BA2630        | B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti                                | -                     | 174.960               | 0                     | 0                     | 1.200                 |
| BA2660        | B.15) Variazione delle rimanenze   | - 2.966.899           | -503.948              | 1.876.323             | -593.445              | -1.867.635            |
| BA2690        | B.16) Accantonamenti dell'esercizio  | 9.604.806             | 18.781.450            | 19.120.746            | 16.010.707            | 17.360.577            |
| <b>BZ9999</b> | <b>Totale costi della produzione (B)</b>   | <b>331.311.965</b>    | <b>341.377.808</b>    | <b>356.144.228</b>    | <b>361.034.006</b>    | <b>385.685.107</b>    |
| CZ9999        | Totale proventi e oneri finanziari (C)   | - 40.366              | -102.016              | -96.475               | -1.630                | -23.622               |
| DZ9999        | Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)                                | -                     | -1.417                | 0                     | 0                     | 0                     |
| EZ9999        | Totale proventi e oneri straordinari (E)   | 2.073.588             | 7.742.846             | 5.781.233             | 24.579.809            | 3.544.389             |
| YZ9999        | Totale imposte e tasse   | 10.250.401            | 10.336.651            | 11.331.947            | 11.583.748            | 12.306.930            |
| <b>ZZ9999</b> | <b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>  | <b>56.285</b>         | <b>43.463</b>         | <b>183.667</b>        | <b>68.775</b>         | <b>9.424</b>          |

Il risultato economico conseguito nell'anno 2023 pari ad €. 9.424.

### 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**

Il Piano Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è quello contenuto nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 (PIAO) (delibera n.464 del 22/03/2023). Con atto deliberativo 2023/1140 del 14/07/2023 è stato adottato l'aggiornamento 2023 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 2023, 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 scaturenti 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 inquadrati all'interno della struttura stessa e di porre le basi per il pieno coinvolgimento degli operatori del comparto.

Con Deliberazione n.2023/0464 veniva adottato il "Piano Integrato di Attività 2023-2025". Con deliberazione n.1622 del 6 dicembre 2022 è stato nominato il Comitato di Budget al fine di supportare la Direzione Strategica nel processo di Budget 2023.

Il 13 dicembre 2023 si è insediato del Comitato di Budget.

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, 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 del 31/01/2023, 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.221 del 17/02/2023 è stato approvato l'intero percorso, integrato con la deliberazione n.1222 del 03/08/2023.

In data 05/06/2024 il Comitato di Budget ha validato i risultati delle schede di budget di struttura delle singole UOC e UOSD.

Le controdeduzioni accolte, rispetto a quelle presentate dai Direttori/Responsabili di Unità Operativa sono le seguenti:

**Obiettivo A.44:** *“Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità”*, non raggiunto dalla quasi totalità delle UU.OO a cui è stato assegnato. Visto che, come da disposizione dell'Assessorato alla Salute (nota prot.n.19845 del 06/06/2023), le UU.OO chirurgiche, durante l'anno 2023, hanno concentrato le loro attività sullo smaltimento delle liste d'attesa ante 2023, incrementate durante il periodo della pandemia da Covid 19, fatto che ha inevitabilmente rallentato, lo scorrimento delle liste relative all'anno in corso, il Comitato di Budget in data 05/06/2024, in occasione dell'incontro di chiusura delle procedure di budget 2023, ha deciso, all'unanimità di proporre all'OIV di considerare raggiunto l'obiettivo stesso per tutte le UUOO assegnatarie ad eccezione della UOC 1301 Chirurgia Toracica che, nonostante l'assenza di pazienti in lista di attesa ante 2023, non ha raggiunto l'obiettivo sui casi 2024.

UOC 37.01 Ostetricia e Ginecologia che non ha raggiunto l'obiettivo **A.14:** *“Monitoraggio e governo della incidenza dei parti cesarei ≤25%”*: sono state accolte le motivazioni illustrate nelle controdeduzioni ricevute dal primario della Unità Operativa e deciso di ritenere raggiunto l'obiettivo. Infatti, il persistere della patologia ostetrica ad alto rischio, centralizzata presso l'Arnas Civico, aggravata da nuove condizioni quali

l'apertura della Cardiocirurgia Pediatrica, rendono in atto difficilmente comprimibile la percentuale raggiunta del 27%.

UOC 14.01 Chirurgia Vascolare che non ha raggiunto l'obiettivo **G.01**: *“Contenimento dei consumi”*: il comitato ha accolto le motivazioni illustrate nelle controdeduzioni ricevute dal primario della Unità Operativa e deciso di ritenere raggiunto l'obiettivo. Infatti, l'incremento dell'attività chirurgica sul distretto aorto-iliaco, fino al 2022 condivisa con altra Struttura del territorio, ha determinato una variazione del mix chirurgico che ha comportato un aumento del valore delle attività ma un incremento superiore dei consumi dovuti ai costi dei dispositivi impiantabili utilizzati.

32.01 Neurologia non ha raggiunto l'obiettivo **A.09**: *“Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica”*: il comitato ha accolto le motivazioni illustrate nelle controdeduzioni ricevute dal primario della Unità Operativa e deciso di ritenere raggiunto l'obiettivo. Infatti, la centralizzazione della patologia cerebro-vascolare non seguita dalle previste procedure di back transfert da parte del 118, che dovrebbero consentire il ricovero in altre strutture dei pazienti non eligibili ad alcun trattamento disostruttivo, ha comportato un intasamento della UOC vista anche la difficoltà di differimento post-degenza per acuti a strutture territoriali di riabilitazione/lungodegenza.

39.04 Pediatria Generale non ha raggiunto l'obiettivo **A.09**: *“Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica”*: il comitato ha accolto le motivazioni illustrate nelle controdeduzioni ricevute dal primario della Unità Operativa e deciso di ritenere raggiunto l'obiettivo. Infatti l'UOC è l'unica in Regione Sicilia ad accogliere i piccoli pazienti affetti da malattie rare, anche nel livello assistenziale di semi-intensività, e il cui DRG prodotto non è ovviamente esemplificativo della complessità e dei bisogni assistenziali dei casi trattati.

Sono stati sospesi perché attribuiti mero rifiuto e distribuito il peso sugli obiettivi equivalenti per fascia:

- A.17 - Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS - per le UUOO Allergologia ed Elettrofisiologia, in quanto non rientra fra le attività delle due UUOO l'erogazione di consulenze per pazienti interni o da PS;
- A.33 - Chiusura registro operatorio on-line- per le UUOO 5801-Gastroenterologia e 6903-Radiologia Interventistica che effettuano procedure interventistiche non chirurgiche e quindi non da Sala operatoria in atto non ancora tracciate sull'applicativo di sala operatoria (Ormaweb), 4701-Centro Ustioni le cui procedure chirurgiche sono regolarmente registrate nell'ambito della UOC Chirurgia Plastica, data l'unificazione delle attività realizzata nel 2023 sotto un'unica direzione;
- A.46 - Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie (rep degenza) per la UO 0610-Cardiocirurgia Pediatrica, attivata nel luglio 2023, fra le cui attività non risulta l'erogazione di prestazioni intermedie;
- A.49 - Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie (servizi) per la UO Cardiologia Clinica Per Il Trattamento Dello Scompensamento Cardiaco che ha organizzato le sue prestazioni intermedie a favore della UOC di Oncologia che programmano prestazioni in follow up i cui tempi di erogazione devono essere collegati da protocolli terapeutici a specifiche fasi dei cicli di chemioterapia;
- G.24 - Miglioramento della programmazione della spesa di File F – per la UOC Farmacia; nel corso dell'anno la scelta aziendale, visto il ruolo della farmacia, è stata quella di riunioni periodiche di monitoraggio fra gli uffici e le strutture sanitarie coinvolte.

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

|      | <b>Obiettivo</b>  | <b>peso<br/>assegnato</b> | <b>valore<br/>raggiunto</b> | <b>%</b> |
|------|---|---------------------------|-----------------------------|----------|
| A.02 | Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore  | 68                        | 68                          | 100%     |
| A.03 | Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi   | 10                        | 10                          | 100%     |
| A.05 | Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.   | 25                        | 20                          | 80%      |
| A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica   | 327                       | 258                         | 79%      |
| A.11 | Appropriatezza della prescrizione di esami diagnostici di laboratorio   | 60                        | 60                          | 100%     |
| A.14 | Monitoraggio e governo della incidenza dei parti cesarei  | 13                        | 13                          | 100%     |
| A.16 | Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN   | 60                        | 60                          | 100%     |
| A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS   | 1.105                     | 881                         | 80%      |
| A.18 | 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 | 30                        | 30                          | 100%     |
| A.20 | Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami scintigrafici  | 15                        | 15                          | 100%     |
| A.21 | Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali  | 140                       | 140                         | 100%     |
| A.22 | Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione   | 24                        | 24                          | 100%     |
| A.23 | Monitoraggio dati concernenti i rifiuti ospedalieri distinti per singola U.O.   | 20                        | 20                          | 100%     |
| A.24 | Attività di trasporto alle strutture delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di organi, emoderivati e materiali sanitari   | 30                        | 30                          | 100%     |
| A.25 | Gestione del rapporto con l'utenza dell'emergenza, secondo le linee guida della Regione siciliana e del Servizio sanitario regionale.   | 26                        | 26                          | 100%     |
| A.26 | Controlli di qualità e accettazione   | 50                        | 50                          | 100%     |
| A.27 | Soddisfamento degli studi fisico-dosimetrici per i piani di terapia richiesti   | 40                        | 40                          | 100%     |
| A.28 | Completezza della cartella clinica e radioterapica  | 42                        | 42                          | 100%     |
| A.30 | Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie  | 150                       | 150                         | 100%     |
| A.31 | Corretta modalità di invio dei campioni istologici  | 30                        | 30                          | 100%     |
| A.33 | Chiusura registro operatorio on-line  | 220                       | 220                         | 100%     |
| A.36 | Rendicontazione trimestrale dell'attività aziendale e regionale di donazione e trapianto di organi e tessuti  | 30                        | 30                          | 100%     |
| A.37 | Donazione organi  | 16                        | 16                          | 100%     |
| A.38 | Mantenimento normo temperatura intraoperatoria  | 25                        | 25                          | 100%     |
| A.39 | Corretta compilazione delle schede per gli accessi vascolari centrali in Terapia intensiva pediatrica   | 25                        | 25                          | 100%     |
| A.44 | Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità   | 223                       | 208                         | 93%      |
| A.45 | Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)   | 839                       | 839                         | 100%     |
| A.46 | Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie  | 120                       | 120                         | 100%     |
| A.47 | Aumento numero parti analgesia  | 12                        | 12                          | 100%     |
| A.48 | Miglioramento della gestione della tracciabilità delle prestazioni erogate in favore dei pazienti ricoverati  | 90                        | 90                          | 100%     |
| A.49 | Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie  | 12                        | 12                          | 100%     |
| A.50 | Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza per pazienti di età compresa tra i 5 e 7 giorni  | 80                        | 80                          | 100%     |
| A.51 | Rispetto dei volumi indicati dal DM 70/2015 in coerenza con le linee guida internazionali sugli standard di qualità per le Breast Unit  | 50                        | 50                          | 100%     |
| G.01 | Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività  | 731                       | 705                         | 96%      |
| G.02 | Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione   | 768                       | 768                         | 100%     |

Relazione sulla Performance 2023 – ARNAS Civico

|      |   |              |              |            |
|------|---|--------------|--------------|------------|
| G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.   | 618          | 618          | 100%       |
| G.06 | Corretta e puntuale gestione del Pilastro Beni (per la parte di competenza)   | 7            | 7            | 100%       |
| G.07 | Verifica dei magazzini decentrati: Verifica periodica, anche a campione, delle giacenze rilevate presso i magazzini decentrati presenti in azienda  | 10           | 10           | 100%       |
| G.08 | 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 | 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.11 | customer satisfaction pazienti oncologiche con tumore al seno   | 30           | 30           | 100%       |
| G.12 | Ridurre il disagio psicotraumatico.   | 30           | 30           | 100%       |
| G.13 | Adempimenti LEA: verifica e riconciliazione flussi farmaci (CFO - DD) - Modello CE  | 7            | 7            | 100%       |
| G.17 | Aumento delle competenze degli operatori di PS , in ambito di emergenza urgenza, con particolare riferimento ai privilege.  | 18           | 18           | 100%       |
| G.18 | Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARS-CoV2 per gli enti preposti  | 169          | 169          | 100%       |
| G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta                  | 294          | 294          | 100%       |
| G.20 | Monitoraggio stato di attività delle liste regionali per trapianto di organo  | 30           | 30           | 100%       |
| G.21 | Organizzazione in ambito regionale di almeno due eventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione   | 15           | 15           | 100%       |
| G.22 | Organizzazione in ambito regionale di almeno due corsi di formazione rivolti agli operatori del settore   | 15           | 15           | 100%       |
| G.23 | Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM  | 25           | 25           | 100%       |
| Q.01 | Appropriatezza Esami Scintigrafici Misurazione applicazione linee guida   | 7            | 7            | 100%       |
| Q.02 | Sicurezza sala operatoria   | 30           | 30           | 100%       |
| Q.03 | Controlli qualità   | 10           | 10           | 100%       |
| Q.04 | Lotta infezioni ospedaliere   | 6            | 6            | 100%       |
| Q.05 | Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management  | 29           | 29           | 100%       |
| Q.06 | Accreditamento SIED   | 10           | 10           | 100%       |
| Q.07 | Sicurezza delle cure  | 10           | 10           | 100%       |
| Q.08 | Appropriatezza Clinico/Organizzativa: Valutazione pazienti ricoverati presso UO Ginecologia Oncologica da avviare o meno a radioterapia   | 8            | 8            | 100%       |
| Q.09 | Procedure sedazione paziente  | 7            | 7            | 100%       |
| Q.11 | Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncol.  | 14           | 14           | 100%       |
| Q.12 | Prevenzione della malnutrizione in ospedale   | 28           | 28           | 100%       |
| Q.13 | Attuazione linee guida stemi PDTA Regionale   | 7            | 7            | 100%       |
| Q.14 | redazione percorsi aziendali condivisi  | 71           | 71           | 100%       |
| Q.15 | Revisione del manuale della Qualità della UO  | 15           | 15           | 100%       |
| Q.18 | restituzione unità sangue non utilizzate entro 48 ore   | 17           | 17           | 100%       |
| Q.19 | Monitoraggio e trasmissione trimestrale dei dati riferiti alla "restituzione entro 48 ore delle unità di sangue non utilizzate"   | 30           | 30           | 100%       |
| Q.20 | Implementazione di un PDTA aziendale/interaziendale su individuazione precoce dei segni di intossicazione da sostanza di abuso in età pediatrica  | 7            | 7            | 100%       |
|      | <b>totale</b>   | <b>7.100</b> | <b>6.761</b> | <b>95%</b> |

L'allegato 1 contiene i risultati di dettaglio per Dipartimento/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

Come detto prima, l’Azienda durante tutto l’anno 2023, di fatto, è stata oggetto di gestione Commissariale, quindi non assegnataria di obiettivi contrattuali. Ovviamente tutti gli obiettivi strategici assegnati nel 2019 sono stati efficacemente perseguiti. Gli obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi, al contrario erano legati al triennio trascorso. Tuttavia, al di là dell’assegnazione contrattuale, l’Azienda ha continuato a perseguire gli obiettivi legati agli esiti Agenas e quelli legati al recupero liste di attesa.

#### 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 (rilevazioni ex-ante PRGLA 2019-2021)  | S             |
| Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa per le aree: personale, beni e servizi, assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera | 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

##### PIANO NAZIONALE ESITI

##### Obiettivi PNE - Anno 2023 (Tassi grezzi)

| Obiettivo   | Esito | N. casi Coorte | Valori di riferimento                         |
|---|-------|----------------|---|
| <b>FRATTURA FEMORE</b><br>Interventi effettuati entro 0 - 2 giorni dal ricovero in pazienti over 65       | 82,3% | 198            | Valore minimo: 60%<br>Valore obiettivo: 94,3% |
| <b>IMA STEMI</b><br>PTCA effettuate entro 0 - 1 giorno dal ricovero                                       | 91,2% | 147            | Valore minimo: 60%<br>Valore obiettivo: 91,8% |
| <b>PARTI</b><br>% Tagli cesarei primari   | 27,5% | 1.589          | Valore minimo: 27%<br>Valore obiettivo: 25%   |
| <b>COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA</b><br>Proporzione di casi con degenza postoperatoria entro 0 - 2 giorni | 81,8% | 55             | Valore minimo: 70%<br>Valore obiettivo: 95,3% |

### **Recupero delle Liste di Attesa:**

- Prestazioni ambulatoriali: assenza di prestazioni (primi accessi) programmati al di fuori dei tempi di garanzia garantiti dalla classe di priorità-
- Interventi chirurgici: con deliberazione n.1246 del 07/08/2023 è stata istituita la rete ARP Aziendale per il recupero Liste di Attesa, la cui attività, favorita dall'erogazioni di un finanziamento regionale finalizzato, ha supportato il totale recupero delle liste chirurgico ante 2023 entro il 31/12/2023.

## **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 2023, 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.

| <b>Workflow del Processo di Valutazione della Dirigenza:</b>   |
|--|
| <p>Periodo di Valutazione: dal 1 gennaio 2023 al 31 dicembre 2023.</p> <p>Le schede (e i parametri di valutazione) sono suddivise per Struttura di Afferenza e per Ruolo.</p> <p>Elenco della suddivisione di Ruoli e Aree di competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirigenza Medica;</li> <li>- Dirigenza Sanitaria non Medica;</li> <li>- Dirigenza P.D.T.A.;</li> </ul> <p>I Valutatori di primo livello sono responsabili della valutazione di TUTTO il personale della struttura a loro afferente indipendentemente dal ruolo.</p> <p>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.</p> |

| <b>Processo di stesura delle Schede di Valutazione:</b>   |
|---|
| <p>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 2023</b>. (Valutazione finale).</p> <p>1. La Valutazione finale viene effettuata dal valutatore per tutti i dipendenti in servizio nella U.O. alla data del 31 dicembre 2023.</p> <p>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.</p> <p>3. Le presenti schede (e relativi elenchi degli obiettivi) sono relative al solo ruolo della Dirigenza.</p> <p><b>Per ogni singolo dipendente valutato:</b></p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> |

| <b>Pesatura dei risultati e delle valutazioni:</b>  |                       |                                |                               |
|---|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <p>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.</p> <p><i>NB. tale calcolo sarà espletato dai responsabili del processo sulla base del profilo professionale del valutato inserito nella presente scheda.</i></p> |                       |                                |                               |
| 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 2023 – 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

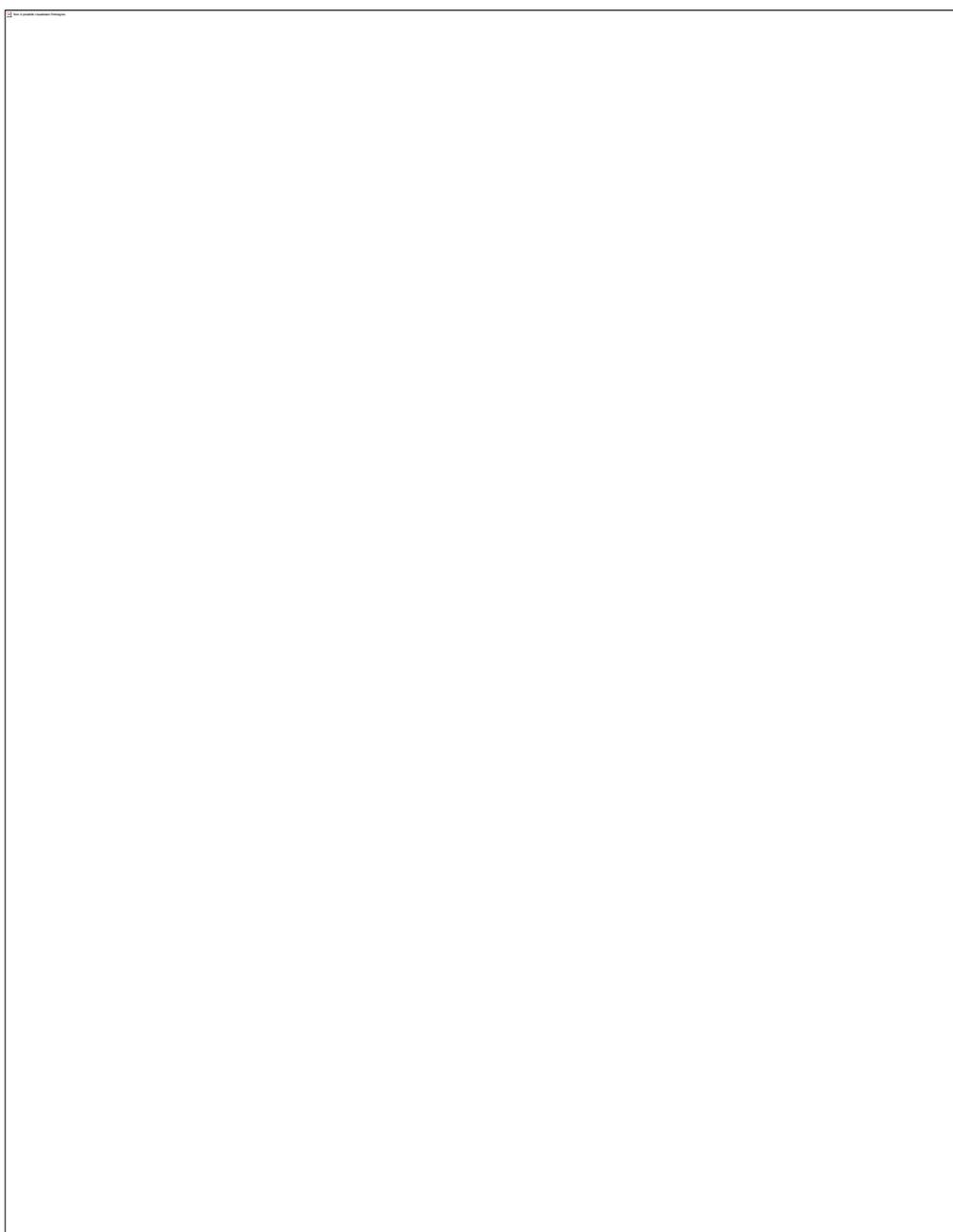
Osservazioni dell'Operatore Valutato (compilare in caso di dissenso rispetto al giudizio espresso):

Data Verifica:

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

Firma del Valutatore

Firma del Valutato



***I risultati delle performance individuali***

| <b>Tipo</b>         | <b>Fascia0 -<br/>Percentuale<br/>Raggiungimento<br/>Obiettivo<br/>inferiore al 50%</b> | <b>Fascia1 -<br/>Percentuale<br/>Raggiungimento<br/>Obiettivo compresa<br/>fra 50% e 70%</b> | <b>Fascia2 -<br/>Percentuale<br/>Raggiungimento<br/>Obiettivo<br/>compresa fra<br/>70% e 90%</b> | <b>Fascia3 -<br/>Percentuale<br/>Raggiungimento<br/>Obiettivo<br/>compresa fra<br/>90% e 100%</b> |
|---------------------|--|--|--|---|
|                     | <b>0,04%</b>   | <b>0,11%</b>   | <b>0,65%</b>   | <b>99,21%</b>   |
| Comparto            | 0,05%  | 0,14%  | 0,62%  | 99,19%  |
| Dirigenza Medica    | 0,00%  | 0,00%  | 0,81%  | 99,19%  |
| Dirigenza PTA       | 0,00%  | 0,00%  | 0,00%  | 100,00%   |
| Dirigenza Sanitaria | 0,00%  | 0,00%  | 0,00%  | 100,00%   |

| Tipo                | Fascia0 -<br>Percentuale<br>Raggiungimento<br>Obiettivo<br>inferiore al 50% | Fascia1 -<br>Percentuale<br>Raggiungimento<br>Obiettivo compresa<br>fra 50% e 70% | Fascia2 -<br>Percentuale<br>Raggiungimento<br>Obiettivo<br>compresa fra<br>70% e 90% | Fascia3 -<br>Percentuale<br>Raggiungimento<br>Obiettivo<br>compresa fra<br>90% e 100% |
|---------------------|---|---|--|---|
|                     | <b>0,04%</b>  | <b>0,11%</b>  | <b>0,65%</b>   | <b>99,21%</b>   |
| Comparto            | 0,05%   | 0,14%   | 0,62%  | 99,19%  |
| Dirigenza Medica    | 0,00%   | 0,00%   | 0,81%  | 99,19%  |
| Dirigenza PTA       | 0,00%   | 0,00%   | 0,00%  | 100,00%   |
| Dirigenza Sanitaria | 0,00%   | 0,00%   | 0,00%  | 100,00%   |

### 3.II 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 2023 rimane valido quanto riportato nel paragrafo 2.1.

| descrizione tipologia monitoraggio                        | fonte dati  | frequenza<br>misurazione /<br>rendicontazione |
|---|---|---|
| Monitoraggio attività di ricovero                         | Flussi Informativi e<br>Monitoraggio<br>Strategico -<br>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<br>Monitoraggio<br>Strategico                            | trimestrale                                   |



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

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

**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE - anno 2023**

**Allegato 1 - Risultati di dettaglio per Dipartimento/Unità Operativa Sanitaria**

## Dipartimento Cardiovascolare

| UO_                 | DESC UO                    | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|---------------------|----------------------------|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| 06.10               | Cardiochirurgia Pediatrica | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | -1,3        | 15             | 15             | 100%        |
|                     |                            | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 90 %        | 24             | 24             | 100%        |
|                     |                            | A.44 | 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  | 100%            | 100 %       | 26             | 26             | 100%        |
|                     |                            | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|                     |                            | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|                     |                            | Q.14 | percorsi aziendali condivisi   | Q.14.1 | Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità  | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>06.10 Totale</b> |                            |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 08.02               | CARDIOLOGIA PEDIATRICA     | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | 0,3         | 15             | 15             | 100%        |
|                     |                            | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 90 %        | 18             | 18             | 100%        |
|                     |                            | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 16             | 16             | 100%        |
|                     |                            | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 17             | 17             | 100%        |
|                     |                            | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                     |                            | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|                     |                            | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                     |                            | Q.11 | Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncol.   | Q.11.1 | invio report con cadenza trimestrale  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>08.02 Totale</b> |                            |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 08.11               | ELETTROFISIOLOGIA          | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%            | 99 %        | 15             | 15             | 100%        |
|                     |                            | A.44 | 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  | 100%            | 100 %       | 19             | 19             | 100%        |
|                     |                            | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 37             | 37             | 100%        |
|                     |                            | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|                     |                            | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                     |                            | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>08.11 Totale</b> |                            |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |

## Dipartimento Cardiovascolare

| UO_                 | DESC UO   | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO  | VALORE_ATTESO           | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|---------------------|---|------|--|--------|--|-------------------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| 08.12               | CARDIOLOGIA CLINICA PER IL TRATTAMENTO DELLO SCOMPENSO CARDIACO | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste  | 100%                    | 76 %        | 0              | 29             | 0%          |
|                     |   | A.45 | 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   | 100%                    | 100 %       | 51             | 51             | 100%        |
|                     |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO                   | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|                     |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti   | SI/NO                   | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>08.12 Totale</b> |   |      |  |        |  |                         |             | <b>71</b>      | <b>100</b>     | <b>71%</b>  |
| 14.01               | CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE                            | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale   | < = 1                   | -1,19       | 10             | 10             | 100%        |
|                     |   | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste  | 100%                    | 90 %        | 14             | 14             | 100%        |
|                     |   | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi   | 100%                    | 98 %        | 10             | 10             | 100%        |
|                     |   | A.44 | 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   | 100%                    | 100 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                     |   | A.45 | 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   | 100%                    | 100 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                     |   | G.01 | 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  | < = 5% del 2022         | 0 %         | 14             | 14             | 100%        |
|                     |   | G.02 | 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   | 100%                    | 100 %       | 10             | 10             | 100%        |
|                     |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO                   | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                     |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti   | SI/NO                   | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>14.01 Totale</b> |   |      |  |        |  |                         |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 50.01               | UTIC  | A.02 | 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) | 90%                     | 100 %       | 10             | 10             | 100%        |
|                     |   | A.03 | 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  | 91% (valore minimo 60%) | 91 %        | 10             | 10             | 100%        |
|                     |   | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale   | < = 1                   | -2,67       | 9              | 9              | 100%        |
|                     |   | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste  | 100%                    | 94 %        | 10             | 10             | 100%        |
|                     |   | A.49 | Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie   | A.49.1 | 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) | 100%                    | 100 %       | 12             | 12             | 100%        |
|                     |   | G.01 | 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  | < = 5% del 2022         | -43 %       | 12             | 12             | 100%        |
|                     |   | G.02 | 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   | 100%                    | 100 %       | 9              | 9              | 100%        |
|                     |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO                   | Si          | 7              | 7              | 100%        |

## Dipartimento Cardiovascolare

| UO_  | DESC UO | OB_         | OB_DESCR   | N_IND         | INDICATORE_DI_RISULTATO               | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso<br>raggiunto | peso<br>assegnato | %           |
|--|---------|-------------|--|---------------|---------------------------------------|-----------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------|
|  |         | <b>G.19</b> | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | <b>G.19.1</b> | Ispezioni presso i reparti            | <b>SI/NO</b>    | Si          | 7                 | 7                 | 100%        |
|  |         | <b>G.23</b> | Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM   | <b>G.23.1</b> | numero eventi formativi               | <b>&gt; = 1</b> | 3           | 7                 | 7                 | 100%        |
|  |         | <b>Q.13</b> | Attuazione linee guida stemi PDTA Regionale  | <b>Q.13.1</b> | attuazione linee guida pdta regionale | <b>90%</b>      | 90 %        | 7                 | 7                 | 100%        |
| <b>50.01 Totale</b>                        |         |             |  |               |                                       |                 |             | <b>100</b>        | <b>100</b>        | <b>100%</b> |
| <b>Dipartimento Cardiovascolare Totale</b> |         |             |  |               |                                       |                 |             | <b>571</b>        | <b>600</b>        | <b>95%</b>  |

| Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica |                        |      |   |        |  |                 |             |                |                |             |
|--|------------------------|------|---|--------|--|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO   | DESC UO                | OB_  | OB_DESCR  | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO  | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| 61.01  | MEDICINA NUCLEARE      | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS   | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste  | 100%            | 99 %        | 24             | 24             | 100%        |
|  |                        | A.20 | Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami scintigrafici  | A.20.1 | n.valutazioni richieste dai reparti di degenza /n. richieste   | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|  |                        | A.30 | 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 | 100%            | 100 %       | 25             | 25             | 100%        |
|  |                        | A.45 | 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   | 100%            | 100 %       | 22             | 22             | 100%        |
|  |                        | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|  |                        | Q.01 | Appropriatezza Esami Scintigrafici Misurazione applicazione linee guida   | Q.01.1 | invio report con cadenza trimestrale   | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>61.01 Totale</b>  |                        |      |   |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 61.02  | FISICA SANITARIA       | A.26 | 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               | 100%            | 100 %       | 50             | 50             | 100%        |
|  |                        | A.27 | Soddisfacimento degli studi fisico-dosimetrici per i piani di terapia richiesti   | A.27.1 | Numero dei piani effettuati/numero piani richiesti   | 100%            | 100 %       | 40             | 40             | 100%        |
|  |                        | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>61.02 Totale</b>  |                        |      |   |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 69.01  | RADIOLOGIA DIAGNOSTICA | A.16 | 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  | 100%            | 97 %        | 15             | 15             | 100%        |
|  |                        | A.46 | 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)     | 100%            | 90 %        | 30             | 30             | 100%        |
|  |                        | A.48 | Miglioramento della gestione della tracciabilità delle prestazioni erogate in favore dei pazienti ricoverati  | A.48.1 | numero delle prestazioni erogate (registrate su EBIT) agganciate ad una richiesta HERO/totale delle prestazioni erogate registrate su EBIT   | 100%            | 92 %        | 15             | 15             | 100%        |
|  |                        | G.01 | 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  | < = 5% del 2022 | -50 %       | 30             | 30             | 100%        |
|  |                        | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>69.01 Totale</b>  |                        |      |   |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 69.02  | RADIOLOGIA PEDIATRICA  | A.16 | 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  | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|  |                        | A.46 | 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)     | 100%            | 93 %        | 30             | 30             | 100%        |
|  |                        | A.48 | Miglioramento della gestione della tracciabilità delle prestazioni erogate in favore dei pazienti ricoverati  | A.48.1 | numero delle prestazioni erogate (registrate su EBIT) agganciate ad una richiesta HERO/totale delle prestazioni erogate registrate su EBIT   | 100%            | 92 %        | 15             | 15             | 100%        |
|  |                        | G.01 | 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  | < = 5% del 2022 | 0 %         | 30             | 30             | 100%        |
|  |                        | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>69.02 Totale</b>  |                        |      |   |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |

| Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica               |   |      |  |        |  |                 |             |                |                |             |
|--|---|------|--|--------|--|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO   | DESC UO                                       | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO  | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| 69.03  | RADIOLOGIA INTERVENTISTICA                    | A.16 | 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  | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|  |   | A.46 | 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) | 100%            | 96 %        | 30             | 30             | 100%        |
|  |   | A.48 | Miglioramento della gestione della tracciabilità delle prestazioni erogate in favore dei pazienti ricoverati                           | A.48.1 | numero delle prestazioni erogate (registrate su EBIT) agganciate ad una richiesta HERO/totale delle prestazioni erogate registrate su EBIT                                       | 100%            | 92 %        | 15             | 15             | 100%        |
|  |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|  |   | Q.02 | Sicurezza sala operatoria  | Q.02.1 | Applicazione Check list sala operatoria: n. voci soddisfatte questionario/n.totale di voci previste  | 90%             | 90 %        | 30             | 30             | 100%        |
| <b>69.03 Totale</b>  |   |      |  |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 69.04  | NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA E INTERVENTISTICA | A.16 | 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  | 100%            | 98 %        | 15             | 15             | 100%        |
|  |   | A.46 | 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) | 100%            | 93 %        | 30             | 30             | 100%        |
|  |   | A.48 | Miglioramento della gestione della tracciabilità delle prestazioni erogate in favore dei pazienti ricoverati                           | A.48.1 | numero delle prestazioni erogate (registrate su EBIT) agganciate ad una richiesta HERO/totale delle prestazioni erogate registrate su EBIT                                       | 100%            | 92 %        | 15             | 15             | 100%        |
|  |   | G.01 | 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  | < = 5% del 2022 | 0 %         | 30             | 30             | 100%        |
|  |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>69.04 Totale</b>  |   |      |  |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| <b>Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica Totale</b> |   |      |  |        |  |                 |             | <b>600</b>     | <b>600</b>     | <b>100%</b> |

| Dipartimento di Emergenza Urgenza |   |      |  |        |   |                         |             |                |                |             |
|-----------------------------------|---|------|--|--------|---|-------------------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                                | DESC UO                                     | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO           | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| 09.01                             | CHIRURGIA GENERALE E URGENZA                | A.05 | 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   | 97% (valore minimo 70%) | 86 %        | 11             | 13             | 85%         |
|                                   |   | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1                   | 0,3         | 9              | 9              | 100%        |
|                                   |   | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%                    | 86 %        | 0              | 12             | 0%          |
|                                   |   | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%                    | 100 %       | 9              | 9              | 100%        |
|                                   |   | A.44 | 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  | 100%                    | 100 %       | 13             | 13             | 100%        |
|                                   |   | A.45 | 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  | 100%                    | 100 %       | 12             | 12             | 100%        |
|                                   |   | G.01 | 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   | < = 5% del 2022         | 50 %        | 0              | 13             | 0%          |
|                                   |   | G.02 | 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  | 100%                    | 100 %       | 9              | 9              | 100%        |
|                                   |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO                   | Si          | 5              | 5              | 100%        |
|                                   |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO                   | Si          | 5              | 5              | 100%        |
| <b>09.01 Totale</b>               |   |      |  |        |   |                         |             | <b>73</b>      | <b>100</b>     | <b>73%</b>  |
| 09.10                             | CHIRURGIA IN UREMICO E IN TRAPIANTI DI RENI | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%                    | 99 %        | 60             | 60             | 100%        |
|                                   |   | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%                    | 93 %        | 30             | 30             | 100%        |
|                                   |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO                   | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>09.10 Totale</b>               |   |      |  |        |   |                         |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 32.01                             | NEUROLOGIA CON STROKE UNIT                  | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1                   | 4,36        | 16             | 16             | 100%        |
|                                   |   | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%                    | 90 %        | 18             | 18             | 100%        |
|                                   |   | A.45 | 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  | 100%                    | 100 %       | 18             | 18             | 100%        |
|                                   |   | G.01 | 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   | < = 5% del 2022         | 0 %         | 18             | 18             | 100%        |
|                                   |   | G.02 | 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  | 100%                    | 100 %       | 16             | 16             | 100%        |
|                                   |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO                   | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                                   |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO                   | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>32.01 Totale</b>               |   |      |  |        |   |                         |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |

| Dipartimento di Emergenza Urgenza |                           |      |  |        |  |                 |             |                |                |             |
|-----------------------------------|---------------------------|------|--|--------|--|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                                | DESC UO                   | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO  | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| 36.01                             | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | A.02 | 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) | 90%             | 100 %       | 16             | 16             | 100%        |
|                                   |                           | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste  | 100%            | 90 %        | 15             | 15             | 100%        |
|                                   |                           | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi   | 100%            | 100 %       | 12             | 12             | 100%        |
|                                   |                           | A.45 | 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   | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|                                   |                           | G.01 | 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  | < = 5% del 2022 | 0 %         | 16             | 16             | 100%        |
|                                   |                           | G.02 | 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   | 100%            | 100 %       | 12             | 12             | 100%        |
|                                   |                           | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                                   |                           | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti   | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>36.01 Totale</b>               |                           |      |  |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 47.01                             | GRANDI USTIONI            | G.02 | 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   | 100%            | 100 %       | 70             | 70             | 100%        |
|                                   |                           | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO           | Si          | 30             | 30             | 100%        |
| <b>47.01 Totale</b>               |                           |      |  |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 49.01                             | ANESTESIA E RIANIMAZIONE  | A.02 | 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) | 90%             | 98 %        | 17             | 17             | 100%        |
|                                   |                           | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi   | 100%            | 100 %       | 12             | 12             | 100%        |
|                                   |                           | A.37 | Donazione organi   | A.37.1 | numero accertamento di morte encefalica/numero decessi per grave neurolesione  | > 30%           | 45 %        | 16             | 16             | 100%        |
|                                   |                           | A.47 | Aumento numero parti analgesia   | A.47.1 | numero parti analgesia/numero parti spontanei (no cesarei)   | > 25%           | 39 %        | 12             | 12             | 100%        |
|                                   |                           | G.02 | 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   | 100%            | 100 %       | 12             | 12             | 100%        |
|                                   |                           | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                                   |                           | G.18 | 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                             | SI/NO           | Si          | 17             | 17             | 100%        |
|                                   |                           | Q.05 | Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management   | Q.05.1 | elaborazione e implementazione di un pdta blood management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA   | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>49.01 Totale</b>               |                           |      |  |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 49.09                             | CENTRALE OPERATIVA 118    | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste  | 100%            | 100 %       | 30             | 30             | 100%        |
|                                   |                           | A.24 | Attività di trasporto alle strutture delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di organi, emoderivati e materiali sanitari  | A.24.1 | Report annuale su:<br>- trasporti primari e secondari;<br>- trasporto del sangue;  | SI/NO           | Si          | 30             | 30             | 100%        |

| Dipartimento di Emergenza Urgenza               |          |      |   |        |  |               |             |                |                |             |
|---|----------|------|---|--------|--|---------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO  | DESC UO  | OB_  | OB_DESCR  | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO  | VALORE_ATTESO | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|   |          | A.25 | 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.   | SI/NO         | Si          | 26             | 26             | 100%        |
|   |          | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|   |          | G.23 | Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM  | G.23.1 | numero eventi formativi  | > = 1         | 3           | 7              | 7              | 100%        |
| <b>49.09 Totale</b>                             |          |      |   |        |  |               |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 51.01   | M.C.A.U. | A.02 | 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) | 90%           | 100 %       | 25             | 25             | 100%        |
|   |          | G.02 | 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   | 100%          | 100 %       | 17             | 17             | 100%        |
|   |          | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO         | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|   |          | G.17 | Aumento delle competenze degli operatori di PS , in ambito di emergenza urgenza, con particolare riferimento ai privileg.                     | G.17.1 | Numero operatori Formatati sul Numero Totale Operatori   | >=10%         | 25 %        | 18             | 18             | 100%        |
|   |          | G.18 | Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissione 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                             | SI/NO         | Si          | 25             | 25             | 100%        |
|   |          | G.23 | Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM  | G.23.1 | numero eventi formativi  | > = 1         | 2           | 5              | 5              | 100%        |
| <b>51.01 Totale</b>                             |          |      |   |        |  |               |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 68.02   | UTIR     | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS                             | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste  | 100%          | 98 %        | 20             | 20             | 100%        |
|   |          | G.02 | 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   | 100%          | 100 %       | 30             | 30             | 100%        |
|   |          | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.    | SI/NO         | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|   |          | G.18 | Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissione 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                             | SI/NO         | Si          | 30             | 30             | 100%        |
|   |          | Q.14 | percorsi aziendali condivisi  | Q.14.1 | Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità   | SI/NO         | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>68.02 Totale</b>                             |          |      |   |        |  |               |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| <b>Dipartimento di Emergenza Urgenza Totale</b> |          |      |   |        |  |               |             | <b>873,05</b>  | <b>900</b>     | <b>97%</b>  |

| Dipartimento di Medicina Clinica |   |      |  |        |   |               |             |                |                |             |
|----------------------------------|---|------|--|--------|---|---------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                               | DESC UO                                     | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| 01.01                            | ALLERGOLOGIA                                | A.45 | 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  | 100%          | 100 %       | 60             | 60             | 100%        |
|                                  |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO         | Si          | 20             | 20             | 100%        |
|                                  |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO         | Si          | 20             | 20             | 100%        |
| <b>01.01 Totale</b>              |   |      |  |        |   |               |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 24.02                            | MALATTIE INFETTIVE CIVICO                   | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1         | 0,3         | 12             | 12             | 100%        |
|                                  |   | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%          | 98 %        | 20             | 20             | 100%        |
|                                  |   | A.45 | 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  | 100%          | 100 %       | 20             | 20             | 100%        |
|                                  |   | G.02 | 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  | 100%          | 100 %       | 13             | 13             | 100%        |
|                                  |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO         | Si          | 5              | 5              | 100%        |
|                                  |   | G.18 | Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARS-Cov2 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                          | SI/NO         | Si          | 20             | 20             | 100%        |
|                                  |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO         | Si          | 5              | 5              | 100%        |
|                                  |   | Q.14 | percorsi aziendali condivisi   | Q.14.1 | Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità  | SI/NO         | Si          | 5              | 5              | 100%        |
| <b>24.02 Totale</b>              |   |      |  |        |   |               |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 24.10                            | PATOLOGIE INFETTIVE POPOLAZIONI VULNERABILI | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%          | 100 %       | 43             | 43             | 100%        |
|                                  |   | A.45 | 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  | 100%          | 100 %       | 43             | 43             | 100%        |
|                                  |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                                  |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>24.10 Totale</b>              |   |      |  |        |   |               |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 26.01                            | MEDICINA GENERALE                           | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1         | 1,72        | 0              | 15             | 0%          |
|                                  |   | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%          | 90 %        | 17             | 17             | 100%        |
|                                  |   | A.45 | 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  | 100%          | 100 %       | 16             | 16             | 100%        |
|                                  |   | G.02 | 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  | 100%          | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|                                  |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |

| Dipartimento di Medicina Clinica |  |      |  |        |   |                 |             |                |                |             |
|----------------------------------|--|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                               | DESC UO  | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|                                  |  | G.18 | 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                          | SI/NO           | Si          | 17             | 17             | 100%        |
|                                  |  | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|                                  |  | Q.12 | Prevenzione della malnutrizione in ospedale  | Q.12.1 | valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati  | 90%             | 90 %        | 7              | 7              | 100%        |
| <b>26.01 Totale</b>              |  |      |  |        |   |                 |             | <b>85</b>      | <b>100</b>     | <b>85%</b>  |
| 26.02                            | MEDICINA GENERALE INDIRIZZO GERIATRICO-RIABILITATIVO | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | 0,5         | 15             | 15             | 100%        |
|                                  |  | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 100 %       | 17             | 17             | 100%        |
|                                  |  | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 16             | 16             | 100%        |
|                                  |  | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|                                  |  | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                                  |  | G.18 | 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                          | SI/NO           | Si          | 17             | 17             | 100%        |
|                                  |  | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|                                  |  | Q.12 | Prevenzione della malnutrizione in ospedale  | Q.12.1 | valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati  | 90%             | 99 %        | 7              | 7              | 100%        |
| <b>26.02 Totale</b>              |  |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 48.02                            | NEFROLOGIA ABILITATA TRAPIANTI                       | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | 1,02        | 15             | 15             | 100%        |
|                                  |  | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 94 %        | 18             | 18             | 100%        |
|                                  |  | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 19             | 19             | 100%        |
|                                  |  | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 19             | 19             | 100%        |
|                                  |  | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|                                  |  | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                                  |  | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>48.02 Totale</b>              |  |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 58.01                            | GASTROENTEROLOGIA CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA           | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 98 %        | 24             | 24             | 100%        |
|                                  |  | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 22             | 22             | 100%        |

| Dipartimento di Medicina Clinica |                        |      |  |        |   |                 |             |                |                |             |
|----------------------------------|------------------------|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                               | DESC UO                | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|                                  |                        | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 24             | 24             | 100%        |
|                                  |                        | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|                                  |                        | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|                                  |                        | Q.06 | Accreditamento SIED  | Q.06.1 | Mantenimento indicatori accreditamento:invio report con cadenza trimestrale   | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>58.01 Totale</b>              |                        |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 68.01                            | PNEUMOLOGIA            | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | 7,32        | 0              | 13             | 0%          |
|                                  |                        | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 90 %        | 18             | 18             | 100%        |
|                                  |                        | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 17             | 17             | 100%        |
|                                  |                        | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 13             | 13             | 100%        |
|                                  |                        | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                                  |                        | G.18 | 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                          | SI/NO           | Si          | 18             | 18             | 100%        |
|                                  |                        | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                                  |                        | Q.14 | percorsi aziendali condivisi   | Q.14.1 | Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>68.01 Totale</b>              |                        |      |  |        |   |                 |             | <b>87</b>      | <b>100</b>     | <b>87%</b>  |
| 71.02                            | Reumatologia           | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 91 %        | 70             | 70             | 100%        |
|                                  |                        | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|                                  |                        | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|                                  |                        | Q.14 | percorsi aziendali condivisi   | Q.14.1 | Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità  | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>71.02 Totale</b>              |                        |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 97.01                            | MEDICINA PENITENZIARIA | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 80             | 80             | 100%        |
|                                  |                        | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|                                  |                        | Q.14 | percorsi aziendali condivisi   | Q.14.1 | Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità  | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>97.01 Totale</b>              |                        |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |

| Dipartimento di Medicina Clinica        |         |     |          |       |                         |               |             |                   |                   |     |
|---|---------|-----|----------|-------|-------------------------|---------------|-------------|-------------------|-------------------|-----|
| UO                                      | DESC UO | OB_ | OB_DESCR | N_IND | INDICATORE_DI_RISULTATO | VALORE_ATTESO | VALUTAZIONE | peso<br>raggiunto | peso<br>assegnato | %   |
| Dipartimento di Medicina Clinica Totale |         |     |          |       |                         |               |             | 972               | 1000              | 97% |

| Dipartimento di Oncologia |                               |      |  |        |   |                         |             |                |                |            |
|---------------------------|-------------------------------|------|--|--------|---|-------------------------|-------------|----------------|----------------|------------|
| UO                        | DESC UO                       | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO           | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %          |
| 09.08                     | CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA | A.05 | 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   | 97% (valore minimo 70%) | 74 %        | 9              | 12             | 75%        |
|                           |                               | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1                   | 2,4         | 0              | 7              | 0%         |
|                           |                               | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%                    | 60 %        | 0              | 12             | 0%         |
|                           |                               | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%                    | 98 %        | 8              | 8              | 100%       |
|                           |                               | A.44 | 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  | 100%                    | 100 %       | 12             | 12             | 100%       |
|                           |                               | A.45 | 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  | 100%                    | 100 %       | 12             | 12             | 100%       |
|                           |                               | G.01 | 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   | < = 5% del 2022         | -20 %       | 12             | 12             | 100%       |
|                           |                               | G.02 | 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  | 100%                    | 100 %       | 8              | 8              | 100%       |
|                           |                               | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO                   | Si          | 5              | 5              | 100%       |
|                           |                               | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO                   | Si          | 5              | 5              | 100%       |
|                           |                               | Q.18 | restituzione unità sangue non utilizzate entro 48 ore  | Q.18.1 | Numero di unità non utilizzate restituite entro 48 ore dalla consegna/numero totale di Unità restituite   | > 80%                   | 100 %       | 7              | 7              | 100%       |
| <b>09.08 Totale</b>       |                               |      |  |        |   |                         |             | <b>78</b>      | <b>100</b>     | <b>78%</b> |
| 13.01                     | CHIRURGIA TORACICA            | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%                    | 97 %        | 15             | 15             | 100%       |
|                           |                               | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%                    | 100 %       | 13             | 13             | 100%       |
|                           |                               | A.44 | 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  | 100%                    | 80 %        | 0              | 15             | 0%         |
|                           |                               | A.45 | 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  | 100%                    | 100 %       | 15             | 15             | 100%       |
|                           |                               | G.01 | 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   | < = 5% del 2022         | -25 %       | 15             | 15             | 100%       |
|                           |                               | G.02 | 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  | 100%                    | 100 %       | 13             | 13             | 100%       |
|                           |                               | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO                   | Si          | 7              | 7              | 100%       |
|                           |                               | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO                   | Si          | 7              | 7              | 100%       |
| <b>13.01 Totale</b>       |                               |      |  |        |   |                         |             | <b>85</b>      | <b>100</b>     | <b>85%</b> |
| 43.01                     | UROLOGIA                      | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1                   | -0,08       | 10             | 10             | 100%       |
|                           |                               | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%                    | 98 %        | 14             | 14             | 100%       |

| Dipartimento di Oncologia |             |      |  |        |   |                            |             |                |                |             |
|---------------------------|-------------|------|--|--------|---|----------------------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                        | DESC UO     | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO              | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|                           |             | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%                       | 99 %        | 10             | 10             | 100%        |
|                           |             | A.44 | 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  | 100%                       | 100 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                           |             | A.45 | 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  | 100%                       | 100 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                           |             | G.01 | 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   | < = 5% del 2022            | -25 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                           |             | G.02 | 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  | 100%                       | 100 %       | 10             | 10             | 100%        |
|                           |             | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO                      | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |             | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO                      | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>43.01 Totale</b>       |             |      |  |        |   |                            |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 64.06                     | ONCOLOGIA   | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1                      | 4,61        | 0              | 13             | 0%          |
|                           |             | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%                       | 95 %        | 17             | 17             | 100%        |
|                           |             | A.45 | 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  | 100%                       | 100 %       | 18             | 18             | 100%        |
|                           |             | G.01 | 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   | < = 5% del 2022            | 0 %         | 18             | 18             | 100%        |
|                           |             | G.02 | 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  | 100%                       | 100 %       | 13             | 13             | 100%        |
|                           |             | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO                      | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |             | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO                      | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |             | Q.12 | Prevenzione della malnutrizione in ospedale  | Q.12.1 | valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati  | 90%                        | 90 %        | 7              | 7              | 100%        |
| <b>64.06 Totale</b>       |             |      |  |        |   |                            |             | <b>87</b>      | <b>100</b>     | <b>87%</b>  |
| 64.10                     | Breast Unit | A.48 | Miglioramento della gestione della tracciabilità delle prestazioni erogate in favore dei pazienti ricoverati   | A.48.1 | numero delle prestazioni erogate (registrate su EBIT) agganciate ad una richiesta HERO/totale delle prestazioni erogate registrate su EBIT                                    | 100%                       | 92 %        | 30             | 30             | 100%        |
|                           |             | A.51 | Rispetto dei volumi indicati dal DM 70/2015 in coerenza con le linee guida internazionali sugli standard di qualità per le Breast Unit   | A.51.1 | numero di pazienti classificate in classe 3 e 4 BIRADS (Breast Image Reporting e Data System) sottoposte a biopsia mammaria   | n. 50 nel II semestre 2023 | 55          | 50             | 50             | 100%        |
|                           |             | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO                      | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |             | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO                      | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|                           |             | Q.14 | percorsi aziendali condivisi   | Q.14.1 | Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità  | SI/NO                      | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>64.10 Totale</b>       |             |      |  |        |   |                            |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |

| Dipartimento di Oncologia |                       |      |  |        |   |                 |             |                |                |             |
|---------------------------|-----------------------|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                        | DESC UO               | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| 66.02                     | ONCOEMATOLOGIA        | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 99 %        | 20             | 20             | 100%        |
|                           |                       | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 20             | 20             | 100%        |
|                           |                       | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 22             | 22             | 100%        |
|                           |                       | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 17             | 17             | 100%        |
|                           |                       | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |                       | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |                       | Q.12 | Prevenzione della malnutrizione in ospedale  | Q.12.1 | valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati  | 90%             | 90 %        | 7              | 7              | 100%        |
| <b>66.02 Totale</b>       |                       |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 68.04                     | ENDOSCOPIA BRONCHIALE | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 100 %       | 39             | 39             | 100%        |
|                           |                       | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | -50 %       | 40             | 40             | 100%        |
|                           |                       | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |                       | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |                       | Q.09 | Procedure sedazione paziente   | Q.09.1 | Mantenimento indicatori previsti nella procedura sedazione paziente : invio report con cadenza trimestrale  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>68.04 Totale</b>       |                       |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 70.01                     | RADIOTERAPIA          | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 99 %        | 42             | 42             | 100%        |
|                           |                       | A.28 | Completezza della cartella clinica e radioterapica   | A.28.1 | numero cartelle complete/ numero totale cartelle  | 100%            | 95 %        | 42             | 42             | 100%        |
|                           |                       | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 8              | 8              | 100%        |
|                           |                       | Q.08 | Appropriatezza Clinico/Organizzativa: Valutazione pazienti ricoverati presso UO Ginecologia Oncologica da avviare o meno a radioterapia  | Q.08.1 | numero pazienti valutati  | >= 180          | 180         | 8              | 8              | 100%        |
| <b>70.01 Totale</b>       |                       |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 96.01                     | TERAPIA DEL DOLORE    | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 100 %       | 29             | 29             | 100%        |
|                           |                       | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 28             | 28             | 100%        |
|                           |                       | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | -33 %       | 29             | 29             | 100%        |
|                           |                       | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |

| Dipartimento di Oncologia               |         |      |  |        |   |                 |             |                |                |             |
|---|---------|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                                      | DESC UO | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|   |         | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>96.01 Totale</b>                     |         |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 99.01                                   | HOSPICE | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 97 %        | 20             | 20             | 100%        |
|   |         | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 30             | 30             | 100%        |
|   |         | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 30             | 30             | 100%        |
|   |         | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 20             | 20             | 100%        |
| <b>99.01 Totale</b>                     |         |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| <b>Dipartimento di Oncologia Totale</b> |         |      |  |        |   |                 |             | <b>950</b>     | <b>1000</b>    | <b>95%</b>  |

| Dipartimento di Pediatria |  |      |  |        |   |                 |             |                |                |             |
|---------------------------|--|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                        | DESC UO                                | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| 18.04                     | EMATOLOGIA E TALASSEMIA                | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 91 %        | 40             | 40             | 100%        |
|                           |  | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 40             | 40             | 100%        |
|                           |  | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|                           |  | Q.05 | Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management   | Q.05.1 | elaborazione e implementazione di un pdta blood management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA  | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>18.04 Totale</b>       |  |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 24.01                     | MALATTIE INFETTIVE PEDIATRICHE         | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 96 %        | 25             | 25             | 100%        |
|                           |  | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 20             | 20             | 100%        |
|                           |  | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|                           |  | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 5              | 5              | 100%        |
|                           |  | G.18 | Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARS-Cov2 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                          | SI/NO           | Si          | 25             | 25             | 100%        |
|                           |  | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 5              | 5              | 100%        |
|                           |  | Q.14 | percorsi aziendali condivisi   | Q.14.1 | Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità  | SI/NO           | Si          | 5              | 5              | 100%        |
| <b>24.01 Totale</b>       |  |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 33.01                     | NEUROPSICHIATRIA INFANTILE             | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 67 %        | 0              | 30             | 0%          |
|                           |  | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 30             | 30             | 100%        |
|                           |  | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 19             | 19             | 100%        |
|                           |  | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |  | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |  | Q.14 | percorsi aziendali condivisi   | Q.14.1 | Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>33.01 Totale</b>       |  |      |  |        |   |                 |             | <b>70</b>      | <b>100</b>     | <b>70%</b>  |
| 39.01                     | PEDIATRIA INDIRIZZO GASTROENTEROLOGICO | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | 0,34        | 18             | 18             | 100%        |
|                           |  | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 92 %        | 25             | 25             | 100%        |
|                           |  | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 25             | 25             | 100%        |

| Dipartimento di Pediatria |   |      |  |        |   |               |             |                |                |             |
|---------------------------|---|------|--|--------|---|---------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                        | DESC UO   | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|                           |   | G.02 | 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  | 100%          | 100 %       | 18             | 18             | 100%        |
|                           |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>39.01 Totale</b>       |   |      |  |        |   |               |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 39.02                     | PEDIATRIA INDIRIZZO ALLER. PNEUM. E FIBROSI CISTICA | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%          | 87 %        | 0              | 30             | 0%          |
|                           |   | A.45 | 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  | 100%          | 100 %       | 30             | 30             | 100%        |
|                           |   | G.02 | 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  | 100%          | 100 %       | 26             | 26             | 100%        |
|                           |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>39.02 Totale</b>       |   |      |  |        |   |               |             | <b>70</b>      | <b>100</b>     | <b>70%</b>  |
| 39.04                     | PEDIATRIA   | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1         | 1,86        | 18             | 18             | 100%        |
|                           |   | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%          | 45 %        | 0              | 25             | 0%          |
|                           |   | A.45 | 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  | 100%          | 100 %       | 25             | 25             | 100%        |
|                           |   | G.02 | 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  | 100%          | 100 %       | 18             | 18             | 100%        |
|                           |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>39.04 Totale</b>       |   |      |  |        |   |               |             | <b>75</b>      | <b>100</b>     | <b>75%</b>  |
| 39.10                     | DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE                 | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%          | 43 %        | 0              | 43             | 0%          |
|                           |   | A.45 | 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  | 100%          | 100 %       | 43             | 43             | 100%        |
|                           |   | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                           |   | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>39.10 Totale</b>       |   |      |  |        |   |               |             | <b>57</b>      | <b>100</b>     | <b>57%</b>  |
| 51.02                     | M.C.A.U. DI CRISTINA                                | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1         | -2,1        | 40             | 40             | 100%        |

| Dipartimento di Pediatria               |                                 |      |  |        |   |                 |             |                |                |             |
|---|---------------------------------|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                                      | DESC UO                         | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|   |                                 | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 40             | 40             | 100%        |
|   |                                 | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|   |                                 | G.23 | Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM   | G.23.1 | numero eventi formativi   | > = 1           | 5           | 6              | 6              | 100%        |
|   |                                 | Q.20 | Implementazione di un PDTA aziendale/interaziendale su individuazione precoce dei segni di intossicazione da sostanza di abuso in età pediatrica   | Q.20.1 | Trasmissione all'UO Qualità del manuale   | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>51.02 Totale</b>                     |                                 |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 65.02                                   | ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA       | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 90 %        | 32             | 32             | 100%        |
|   |                                 | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 32             | 32             | 100%        |
|   |                                 | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 22             | 22             | 100%        |
|   |                                 | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|   |                                 | Q.11 | Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncol.   | Q.11.1 | invio report con cadenza trimestrale  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>65.02 Totale</b>                     |                                 |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 77.01                                   | PEDIATRIA INDIRIZZO NEFROLOGICO | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | -1,58       | 15             | 15             | 100%        |
|   |                                 | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 90 %        | 18             | 18             | 100%        |
|   |                                 | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 18             | 18             | 100%        |
|   |                                 | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 20             | 20             | 100%        |
|   |                                 | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|   |                                 | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|   |                                 | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>77.01 Totale</b>                     |                                 |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| <b>Dipartimento di Pediatria Totale</b> |                                 |      |  |        |   |                 |             | <b>872</b>     | <b>1000</b>    | <b>87%</b>  |

| Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi |                              |      |   |        |  |                 |             |                |                |             |
|---|------------------------------|------|---|--------|--|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO  | DESC UO                      | OB_  | OB_DESCR  | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO  | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| 00.01                                       | DIREZIONE MEDICA CIVICO      | A.21 | Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali  | A.21.1 | n.verifiche effettuate   | 12 verifiche    | 12          | 70             | 70             | 100%        |
|   |                              | A.22 | Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione   | A.22.1 | n.verifiche effettuate   | >= 6 verifiche  | 6           | 12             | 12             | 100%        |
|   |                              | A.23 | 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  | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|   |                              | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 8              | 8              | 100%        |
| <b>00.01 Totale</b>                         |                              |      |   |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 00.02                                       | DIREZIONE MEDICA DI CRISTINA | A.21 | Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali  | A.21.1 | n.verifiche effettuate   | 12 verifiche    | 12          | 70             | 70             | 100%        |
|   |                              | A.22 | Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione   | A.22.1 | n.verifiche effettuate   | >= 6 verifiche  | 13          | 12             | 12             | 100%        |
|   |                              | A.23 | 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  | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|   |                              | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 8              | 8              | 100%        |
| <b>00.02 Totale</b>                         |                              |      |   |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 03.02                                       | ANATOMIA PATOLOGICA          | A.30 | 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 | 100%            | 91 %        | 25             | 25             | 100%        |
|   |                              | A.31 | Corretta modalità di invio dei campioni istologici  | A.31.1 | Aggiornamento procedura aziendale corretto invio esami istologici  | SI/NO           | Si          | 30             | 30             | 100%        |
|   |                              | G.01 | 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  | < = 5% del 2022 | 0 %         | 25             | 25             | 100%        |
|   |                              | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|   |                              | Q.03 | Controlli qualità   | Q.03.1 | Invio report degli esiti dei controlli ad U.O. Qualità   | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>03.02 Totale</b>                         |                              |      |   |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 18.01                                       | MEDICINA TRASFUSIONALE       | A.18 | 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  | SI/NO           | Si          | 30             | 30             | 100%        |
|   |                              | A.30 | 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 | 100%            | 100 %       | 30             | 30             | 100%        |
|   |                              | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 5              | 5              | 100%        |
|   |                              | Q.05 | Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management  | Q.05.1 | elaborazione e implementazione di un pdta blood management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA   | SI/NO           | Si          | 5              | 5              | 100%        |
|   |                              | Q.19 | Monitoraggio e trasmissione trimestrale dei dati riferiti alla "restituzione entro 48 ore delle unità di sangue non utilizzate"   | Q.19.1 | Invio di report trimestrale entro l'ultimo giorno del mese successivo alla conclusione del trimestre   | SI/NO           | Si          | 30             | 30             | 100%        |
| <b>18.01 Totale</b>                         |                              |      |   |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 33.02                                       | PSICOLOGIA CLINICA           | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS   | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste  | 100%            | 97 %        | 20             | 20             | 100%        |

| Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi |                               |      |  |        |  |                 |             |                |                |             |
|---|-------------------------------|------|--|--------|--|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO  | DESC UO                       | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO  | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|   |                               | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 20             | 20             | 100%        |
|   |                               | G.11 | customer satisfaction pazienti oncologiche con tumore al seno  | G.11.1 | Somministrazione di questionario su qualità di vita pazienti oncologiche con tumore al seno  | 50%             | 70 %        | 30             | 30             | 100%        |
|   |                               | G.12 | Ridurre il disagio psicoadolescenziale.  | G.12.1 | Organizzazione in Neuropsichiatria Infantile di gruppi di sostegno psicologico per adolescenti e genitori  | SI/NO           | Si          | 30             | 30             | 100%        |
| <b>33.02 Totale</b>                         |                               |      |  |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 98.01                                       | PATOLOGIA CLINICA             | A.11 | 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                        | SI/NO           | Si          | 30             | 30             | 100%        |
|   |                               | G.01 | 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  | < = 5% del 2022 | -25 %       | 50             | 50             | 100%        |
|   |                               | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|   |                               | Q.07 | Sicurezza delle cure   | Q.07.1 | invio report monitoraggio procedura valori panico con cadenza trimestrale  | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
| <b>98.01 Totale</b>                         |                               |      |  |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 98.02                                       | MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA     | A.11 | 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                        | SI/NO           | Si          | 30             | 30             | 100%        |
|   |                               | G.01 | 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  | < = 5% del 2022 | -12 %       | 50             | 50             | 100%        |
|   |                               | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 20             | 20             | 100%        |
| <b>98.02 Totale</b>                         |                               |      |  |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 98.05                                       | LAB. SPEC GENETICA MOLECOLARE | A.30 | 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 | 100%            | 100 %       | 70             | 70             | 100%        |
|   |                               | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 15             | 15             | 100%        |
|   |                               | Q.15 | Revisione del manuale della Qualità della UO   | Q.15.1 | Trasmissione all'UO Qualità del manuale revisionato  | SI/NO           | Si          | 15             | 15             | 100%        |
| <b>98.05 Totale</b>                         |                               |      |  |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| CRT   | CRT SICILIA                   | A.36 | 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   | SI/NO           | Si          | 30             | 30             | 100%        |
|   |                               | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.        | SI/NO           | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|   |                               | G.20 | 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  | SI/NO           | Si          | 30             | 30             | 100%        |
|   |                               | G.21 | Organizzazione in ambito regionale di almeno due eventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione                                  | G.21.1 | Realizzazione di almeno due eventi di sensibilizzazione  | SI/NO           | Si          | 15             | 15             | 100%        |
|   |                               | G.22 | Organizzazione in ambito regionale di almeno due corsi di formazione rivolti agli operatori del settore                                | G.22.1 | Realizzazione di almeno due iniziative formative   | SI/NO           | Si          | 15             | 15             | 100%        |
| <b>CRT Totale</b>                           |                               |      |  |        |  |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |

| Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi               |          |      |   |        |  |               |             |                |                |             |
|---|----------|------|---|--------|--|---------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO  | DESC UO  | OB_  | OB_DESCR  | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO  | VALORE_ATTESO | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| FARM  | FARMACIA | A.50 | Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza per pazienti di età compresa tra i 5 e 7 giorni  | A.50.2 | Giacenza minima per il set di articoli concordato con la UO Neonatologia   | SI/NO         | Si          | 50             | 50             | 100%        |
|   |          | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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.  | SI/NO         | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|   |          | G.06 | Corretta e puntuale gestione del Pilastro Beni (per la parte di competenza)   | G.06.1 | Manutenzione anagrafiche Puntuale risposta alla segnalazione degli errori o incompletezza del pilastro   | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|   |          | G.07 | 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   | SI/NO         | Si          | 10             | 10             | 100%        |
|   |          | G.08 | 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  | 100%          | 100 %       | 10             | 10             | 100%        |
|   |          | G.09 | 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  | 100%          | 100 %       | 10             | 10             | 100%        |
|   |          | G.13 | 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 | SI/NO         | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>FARM Totale</b>  |          |      |   |        |  |               |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| <b>Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi Totale</b> |          |      |   |        |  |               |             | <b>1000</b>    | <b>1000</b>    | <b>100%</b> |

| Dipartimento Materno Infantile |                          |      |  |        |   |                 |             |                |                |             |
|--------------------------------|--------------------------|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                             | DESC UO                  | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| 11.01                          | CHIRURGIA PEDIATRICA     | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | -0,2        | 10             | 10             | 100%        |
|                                |                          | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 90 %        | 14             | 14             | 100%        |
|                                |                          | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%            | 99 %        | 10             | 10             | 100%        |
|                                |                          | A.44 | 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  | 100%            | 100 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                                |                          | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                                |                          | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | -50 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                                |                          | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 10             | 10             | 100%        |
|                                |                          | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|                                |                          | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>11.01 Totale</b>            |                          |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 37.01                          | OSTETRICIA E GINECOLOGIA | A.14 | 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   | ≤25%            | 27 %        | 13             | 13             | 100%        |
|                                |                          | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 96 %        | 13             | 13             | 100%        |
|                                |                          | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%            | 99 %        | 10             | 10             | 100%        |
|                                |                          | A.44 | 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  | 100%            | 100 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                                |                          | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|                                |                          | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 13             | 13             | 100%        |
|                                |                          | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 10             | 10             | 100%        |
|                                |                          | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|                                |                          | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
| <b>37.01 Totale</b>            |                          |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 37.02                          | GINECOLOGIA ONCOLOGICA   | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | 2,72        | 0              | 10             | 0%          |
|                                |                          | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 73 %        | 0              | 12             | 0%          |
|                                |                          | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%            | 99 %        | 10             | 10             | 100%        |

| Dipartimento Materno Infantile               |  |      |  |        |   |                 |             |                |                |             |
|--|--|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO   | DESC UO                                | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
|  |  | A.44 | 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  | 100%            | 100 %       | 12             | 12             | 100%        |
|  |  | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 12             | 12             | 100%        |
|  |  | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | -29 %       | 12             | 12             | 100%        |
|  |  | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 10             | 10             | 100%        |
|  |  | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|  |  | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|  |  | Q.18 | restituzione unità sangue non utilizzate entro 48 ore  | Q.18.1 | Numero di unità non utilizzate restituite entro 48 ore dalla consegna/numero totale di Unità restituite   | > 80%           | 100 %       | 10             | 10             | 100%        |
| <b>37.02 Totale</b>                          |  |      |  |        |   |                 |             | <b>78</b>      | <b>100</b>     | <b>78%</b>  |
| 49.03  | ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA TC | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%            | 100 %       | 18             | 18             | 100%        |
|  |  | A.38 | Mantenimento normo temperatura intraoperatoria   | A.38.1 | n. interventi in normotermia/n. totale interventi   | > = 85%         | 90 %        | 25             | 25             | 100%        |
|  |  | A.39 | Corretta compilazione delle schede per gli accessi vascolari centrali in Terapia intensiva pediatrica  | A.39.1 | n. schede correttamente compilate/n. totale di schede   | 100%            | 100 %       | 25             | 25             | 100%        |
|  |  | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 18             | 18             | 100%        |
|  |  | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
|  |  | Q.05 | Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management   | Q.05.1 | elaborazione e implementazione di un pdta blood management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%        |
| <b>49.03 Totale</b>                          |  |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 62.02  | NEONATOLOGIA                           | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 30             | 30             | 100%        |
|  |  | A.50 | Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza per pazienti di età compresa tra i 5 e 7 giorni   | A.50.1 | numero infezioni con emocoltura positiva/numero totale di ricoveri  | < 25%           | 1 %         | 30             | 30             | 100%        |
|  |  | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 22             | 22             | 100%        |
|  |  | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|  |  | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|  |  | Q.04 | Lotta infezioni ospedaliere  | Q.04.1 | Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno   | 90%             | 90 %        | 6              | 6              | 100%        |
| <b>62.02 Totale</b>                          |  |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| <b>Dipartimento Materno Infantile Totale</b> |  |      |  |        |   |                 |             | <b>478</b>     | <b>500</b>     | <b>96%</b>  |

| Dipartimento Testa Collo |                            |      |  |        |   |                 |             |                |                |             |
|--------------------------|----------------------------|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| UO                       | DESC UO                    | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %           |
| 10.01                    | CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | 3,2         | 0              | 11             | 0%          |
|                          |                            | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 90 %        | 13             | 13             | 100%        |
|                          |                            | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%            | 99 %        | 11             | 11             | 100%        |
|                          |                            | A.44 | 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  | 100%            | 100 %       | 13             | 13             | 100%        |
|                          |                            | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 15             | 15             | 100%        |
|                          |                            | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | -27 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                          |                            | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 11             | 11             | 100%        |
|                          |                            | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
|                          |                            | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%        |
| <b>10.01 Totale</b>      |                            |      |  |        |   |                 |             | <b>89</b>      | <b>100</b>     | <b>89%</b>  |
| 12.01                    | CHIRURGIA PLASTICA         | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | 0,3         | 10             | 10             | 100%        |
|                          |                            | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 99 %        | 12             | 12             | 100%        |
|                          |                            | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%            | 99 %        | 10             | 10             | 100%        |
|                          |                            | A.44 | 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  | 100%            | 100 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                          |                            | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 14             | 14             | 100%        |
|                          |                            | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 14             | 14             | 100%        |
|                          |                            | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 10             | 10             | 100%        |
|                          |                            | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 8              | 8              | 100%        |
|                          |                            | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 8              | 8              | 100%        |
| <b>12.01 Totale</b>      |                            |      |  |        |   |                 |             | <b>100</b>     | <b>100</b>     | <b>100%</b> |
| 30.01                    | NEUROCHIRURGIA             | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | -0,7        | 11             | 11             | 100%        |

| Dipartimento Testa Collo |                      |      |  |        |   |                 |             |                |                |            |
|--------------------------|----------------------|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|------------|
| UO                       | DESC UO              | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %          |
|                          |                      | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 90 %        | 13             | 13             | 100%       |
|                          |                      | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%            | 99 %        | 11             | 11             | 100%       |
|                          |                      | A.44 | 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  | 100%            | 100 %       | 13             | 13             | 100%       |
|                          |                      | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 13             | 13             | 100%       |
|                          |                      | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 25 %        | 0              | 13             | 0%         |
|                          |                      | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 12             | 12             | 100%       |
|                          |                      | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%       |
|                          |                      | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%       |
| <b>30.01 Totale</b>      |                      |      |  |        |   |                 |             | <b>87</b>      | <b>100</b>     | <b>87%</b> |
| 34.01                    | OCULISTICA           | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 78 %        | 0              | 16             | 0%         |
|                          |                      | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%            | 98 %        | 11             | 11             | 100%       |
|                          |                      | A.44 | 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  | 100%            | 100 %       | 16             | 16             | 100%       |
|                          |                      | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 16             | 16             | 100%       |
|                          |                      | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 16             | 16             | 100%       |
|                          |                      | G.02 | 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  | 100%            | 95 %        | 11             | 11             | 100%       |
|                          |                      | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%       |
|                          |                      | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 7              | 7              | 100%       |
| <b>34.01 Totale</b>      |                      |      |  |        |   |                 |             | <b>84</b>      | <b>100</b>     | <b>84%</b> |
| 38.01                    | OTORINOLARINGOIATRIA | A.09 | Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica  | A.09.1 | degenza media dimessi RO/degenza media nazionale  | < = 1           | 0           | 10             | 10             | 100%       |
|                          |                      | A.17 | Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS  | A.17.1 | numero prestazioni erogate (gestite su HERO)/numero prestazioni richieste   | 100%            | 86 %        | 0              | 15             | 0%         |
|                          |                      | A.33 | Chiusura registro operatorio on-line   | A.33.1 | numero interventi chiusi / numero totale di interventi  | 100%            | 100 %       | 10             | 10             | 100%       |

| Dipartimento Testa Collo               |         |      |  |        |   |                 |             |                |                |            |
|--|---------|------|--|--------|---|-----------------|-------------|----------------|----------------|------------|
| UO                                     | DESC UO | OB_  | OB_DESCR   | N_IND  | INDICATORE_DI_RISULTATO   | VALORE_ATTESO   | VALUTAZIONE | peso raggiunto | peso assegnato | %          |
|  |         | A.44 | 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  | 100%            | 100 %       | 14             | 14             | 100%       |
|  |         | A.45 | 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  | 100%            | 100 %       | 14             | 14             | 100%       |
|  |         | G.01 | 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   | < = 5% del 2022 | 0 %         | 15             | 15             | 100%       |
|  |         | G.02 | 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  | 100%            | 100 %       | 10             | 10             | 100%       |
|  |         | G.04 | Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della 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. | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%       |
|  |         | G.19 | Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta | G.19.1 | Ispezioni presso i reparti  | SI/NO           | Si          | 6              | 6              | 100%       |
| <b>38.01 Totale</b>                    |         |      |  |        |   |                 |             | <b>85</b>      | <b>100</b>     | <b>85%</b> |
| <b>Dipartimento Testa Collo Totale</b> |         |      |  |        |   |                 |             | <b>445</b>     | <b>500</b>     | <b>89%</b> |



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

**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE - anno 2023**

**Allegato 2 - Risultati di dettaglio per Unità Operativa Amministrativa e per lo Staff**

**BUDGET 2023**  
**UOC AFFARI GENERALI**

| OBIETTIVO  | INDICATORE DI RISULTATO  | Valore atteso | PESO | Gradazione obiettivo  | 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<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%<br>- del 15% se compresi tra 70 e 90%.   | 15             |
| Puntualità nei pagamenti: 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      | 20   | L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 25 gg, con abbattimento del peso<br>- del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg<br>- del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg<br>- 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<br>- 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<br>- 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 i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg 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<br>- 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.<br>2) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 15 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione delle consulenze ed incarichi esterni";<br>3) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 18 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione degli incarichi conferiti ai dipendenti Pubblici";<br>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<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%  | 10             |

**BUDGET 2023**  
**UOC AFFARI GENERALI**

| OBIETTIVO  | INDICATORE DI RISULTATO   | Valore atteso | PESO | Gradazione obiettivo   | PESO Raggiunto |
|--|---|---------------|------|--|----------------|
| Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza | 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<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100% | 15             |
| <b>TOTALE</b>  |   |               |      |  | <b>100</b>     |

**BUDGET 2023**  
**UOC ARU**

| OBIETTIVO   | INDICATORE DI RISULTATO  | Valore atteso                             | PESO | Gradazione obiettivo   | 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 $\geq$ al 70% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%<br>- 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 $\geq$ al 75% con abbattimento del peso<br>- 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 $\geq$ al 90% con abbattimento del peso<br>- 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 $\geq$ al 90% con abbattimento del peso<br>- 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 i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC | 100%                                      | 8    | L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%   | 8              |
| Puntualità nei pagamenti: 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  | $\leq$ 25 gg                              | 14   | L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio $\leq$ 25 gg, con abbattimento del peso<br>- del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg<br>- del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg<br>- 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 $\geq$ al 90% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%   | 8              |

**BUDGET 2023**  
**UOC ARU**

| OBIETTIVO   | INDICATORE DI RISULTATO   | Valore atteso | PESO | Gradazione obiettivo   | PESO Raggiunto |
|---|---|---------------|------|--|----------------|
| Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza  | 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<br>- 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              |
| Mappatura e riallocazione del personale nei centri di costo corretti e Rilevazione personale non dipendente (ad esclusione del comparto sanitario e personale tecnico addetto all'assistenza) | Mappatura completa delle singole risorse al fine di individuare i centri di costo di competenza e provvedere alla corretta allocazione del personale. 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 risprse 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"  | 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 informatizzazione)   | Predisposizione, ad uso interno, di un campo che consenta di riconciliare il fabbisogno del personale con la dotazione organica   | SI            | 5    | L'obiettivo si intende raggiunto con la predisposizione del documento indicato e se lo stesso verrà 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...)                               | SI            | 5    | L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutti i campi saranno correttamente gestiti.   | 5              |
| <b>TOTALE</b>   |   |               |      |  | <b>100</b>     |

**Budget 2023**  
**UOC Programmazione e Controllo di Gestione**

| OBIETTIVO  | INDICATORE DI RISULTATO  | Valore atteso | PESO | Gradazione obiettivo   | NOTE   | PESO Raggiunto |
|--|--|---------------|------|--|--|----------------|
| Gestione ed elaborazione del modello di rilevazione LA e riscontro di ogni richiesta dati da parte della regione nei tempi richiesti | n. modelli trasmessi nei tempi previsti/n.modelli richiesti  | 100%          | 20   |  | previo invio dei dati, entro i termini, da parte delle UU.OO.CC. di competenza | 20             |
| Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)                       | n.azioni intraprese/n.attività previste  | 100%          | 20   | L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100% |  | 20             |
| Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale  | n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dal collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC | 100%          | 20   | L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100% |  | 20             |
| Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza | n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione  | 100%          | 20   |  |  | 20             |
| Invio puntuale dei Flussi Informativi Istituzionali nei tempi previsti   | n invii/n previsti   | 100%          | 20   | L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100% |  | 20             |
| <b>TOTALE</b>  |  |               |      |  |  | <b>100</b>     |

**BUDGET 2023**  
**UOC Gestione Tecnica**

| OBIETTIVO   | INDICATORE DI RISULTATO  | Valore atteso | PESO | Gradazione obiettivo  | 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%          | 14   | L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%  | 14             |
| 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<br>- del 25% per valori compresi tra 75 e 100%   | 13             |
| Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza  | 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<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%  | 15             |
| Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale   | n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC | 100%          | 15   | L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%  | 15             |
| Puntualità nei pagamenti: 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      | 13   | L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 25 gg, con abbattimento del peso<br>- del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg<br>- del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg<br>- del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg | 13             |
| Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)  | n.azioni intraprese/n.attività previste  | 100%          | 15   | L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%  | 15             |
| 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%          | 15   | L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%  | 15             |
|   |  |               |      | <b>TOTALE</b>   | <b>100</b>     |

**BUDGET 2023**  
**UOC PROVVEDITORATO**

| OBIETTIVO   | INDICATORE DI RISULTATO  | Valore atteso | PESO | Gradazione obiettivo  | 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<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%<br>- 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<br>- del 25% per valori compresi tra 75 e 100%   | 13             |
| Puntualità nei pagamenti: 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<br>- del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg<br>- del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg<br>- 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<br>- 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 i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg 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<br>- 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  | 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<br>- 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<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%  | 13             |

**BUDGET 2023**  
**UOC PROVVEDITORATO**

| OBIETTIVO  | INDICATORE DI RISULTATO  | Valore atteso | PESO | Gradazione obiettivo   | PESO Raggiunto |
|--|--|---------------|------|--|----------------|
| Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017.  | Applicazione 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 del personale operativo/strutture organizzative coinvolte nel processo di produzione e controllo di coerenza dei dati prodotti | SI            | 4    | L'obiettivo si intende raggiunto con la produzione del documento indicato e se lo stesso verrà trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione. | 4              |
|  |  |               |      | <b>TOTALE</b>  | <b>100</b>     |

**BUDGET 2023**  
**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 >= al 90% con abbattimento del peso<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%  | previo riscontro entro i termini delle UU.OO.CC.   | 15             |
| Puntualità dei pagamenti: 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   | <= 15 gg      | 20   | L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 15 gg, con abbattimento del peso<br>- del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg<br>- del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg<br>- 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: 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  | <= 20 gg      | 20   | L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 20 gg, con abbattimento del peso<br>- del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg<br>- del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg<br>- 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 >= al 90% con abbattimento del peso<br>- 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 i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC | 100%          | 16   | L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso<br>- 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  | 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<br>- del 25% per valori compresi tra 90 e 100%  |  | 13             |
| <b>TOTALE</b>   |  |               |      |   |  | <b>100</b>     |

**BUDGET 2023**  
**UOC STAFF**

| OBIETTIVO   | INDICATORE   | VALORE ATTESO      | PESO | UOS/Servizio di riferimento | PESO RAGGIUNTO |
|---|--|--------------------|------|-----------------------------|----------------|
| 1) Tempestività nell'aggiornamento dei DVR delle varie UU.OO. Aziendali ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i. in caso di cambiamenti sostanziali del ciclo produttivo; 2) Programmazione corsi di formazione in materia di tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) | 1) n. DVR Aggiornati/n. DVR da aggiornare; 2) n. Corsi effettuati/n. Corsi programmati.  | 1) 80%<br>2) 70%   | 9    | SPP                         | 9              |
| Rispetto dell'equilibrio volumi ALPI vs istituzionale   | elaborazione report semestrale di verifica volumi alpi vs istituzionale e conseguente gestione anomalie  | SI                 | 9    | ALPI                        | 9              |
| Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura aziendale  | Numero di telefonate risolte/numero di telefonate ricevute dall'utenza   | 100%               | 9    | URP                         | 9              |
| 1) Elaborazione del Piano Formativo per l'anno in corso<br>2) Erogazione e rendicontazione dei corsi del Piano Formativo Aziendale inseriti sul sito del Sistema Regionale Accreditemento ECM   | 1)Trasmissione del documento programmatico alla Direzione Strategica entro il 31 gennaio dell'anno successivo<br>2) Numero di corsi del P.F.A. inseriti sul sito erogati e rendicontati/Numero totale di corsi del P.F.A. inseriti sul sito Agenas | 1) SI<br>2) => 50% | 9    | FORMAZIONE                  | 9              |
| Controllo, monitoraggio e pianificazione delle attività delle Sale Operatorie dell'ARNAS Civico   | Report analisi dei dati attività operatoria  | SI/NO              | 9    | COORD SAL OP                | 9              |
| Gestione e monitoraggio delle visite di Sorveglianza Sanitaria per il personale   | Visite effettuate/visite programmate   | 80%                | 9    | SORV SANIT                  | 9              |

**BUDGET 2023  
UOC STAFF**

| OBIETTIVO   | INDICATORE  | VALORE ATTESO          | PESO | UOS/Servizio di riferimento | PESO RAGGIUNTO |
|---|---|------------------------|------|-----------------------------|----------------|
| Predisposizione e Aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale   | trasmissione alla Direzione Aziendale   | SI/NO                  | 9    | QUALITA'                    | 9              |
| Monitoraggio periodico dei Tempi di Attesa per le 69 prestazioni ambulatoriali critiche                             | Riscontro puntuale alle richieste di monitoraggio dell'Assessorato Salute   | 100%                   | 9    | CUP                         | 9              |
| Coordinamento e monitoraggio dei Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale                                    | Attività di supporto e coordinamento alla predisposizione di proposte progettuali a valere su fondi regionali, nazionali e comunitari<br>N di progetti monitorati/N di progetti finanziati<br>Stesura e trasmissione report semestrale<br>Attribuzione del Codice Unico Progetto ai PO di PSN | SI<br>100%<br>SI<br>SI | 9    | SIRS                        | 9              |
| Digitalizzazione della Gestione Documentale   | Diffusione utilizzo della soluzione di protocollo e gestione aziendale alle UOC Amministrative e Sanitarie  | 100%                   | 9    | ICT Management              | 9              |
| Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza. | Riscontro puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT   | SI/NO                  | 10   |                             | 10             |
|   |   |                        |      | <b>TOTALE</b>               | <b>100</b>     |