



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede Legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
di PALERMO



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE -
2022-2024**

Adottato con Deliberazione n. ²⁰³⁷.....del 27/12/2022

INDICE

PREMESSA	3
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1 Chi Siamo	4
1.2 Come Operiamo	6
1.3 Cosa Facciamo	7
1.4 L'Amministrazione in cifre	8
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	9
2.1 VALORE PUBBLICO	9
2.1.1 Mandato Istituzionale e Missione	9
2.1.2 L'Analisi del Contesto Esterno ed Interno	11
2.1.3 L'Analisi Swot	12
2.1.4 L'albero delle priorità strategiche	13
2.1.5 La Transizione Digitale	22
2.1.6 Programma Aziendale delle azioni della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	27
2.2 PERFORMANCE	34
2.2.1 L'Albero della Performance	34
2.2.2 Il Ciclo della Gestione della Performance	35
2.2.3 IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	50
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	58
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	69
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	69
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	83
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	90
SEZIONE 4: GOVERNANCE E MONITORAGGIO	94
4.1 Governance del PIAO	94
4.2 Monitoraggio del PIAO	94
4.3 Comunicazione del P.I.A.O.	94

PREMESSA

Il Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito in legge dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento programmatico triennale, con aggiornamento annuale; rappresenta un documento unico di programmazione e *governance* che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare: il *Piano della Performance*, il *Piano Triennale delle Azioni Positive*, il *Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)*, il *Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza*, la programmazione dei *fabbisogni formativi*, il *Piano triennale dei fabbisogni del personale*. La norma di introduzione del PIAO richiama espressamente le norme di settore e, in particolare, il D.Lgs. n. 150/2009, in materia di performance, e la Legge n. 190/2012, in materia di prevenzione della corruzione; pertanto, i principi di riferimento dei diversi Piani che confluiscono nel PIAO, continueranno a governarne i contenuti.

Il PIAO ha durata triennale e viene aggiornato annualmente. Viene approvato entro il 31 gennaio di ogni anno e pubblicato nel proprio sito internet istituzionale. L'Ente deve anche inviarlo al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per la pubblicazione sul relativo portale. Riguardo al termine di approvazione, per l'anno 2022, in sede di prima applicazione, il PIAO avrebbe dovuto essere approvato entro il 30 aprile 2022, ma la mancata adozione dei provvedimenti attuativi nei termini assegnati dal legislatore del D.L. 80/2021, ha fatto slittare la data dapprima al 30 giugno e successivamente, ai sensi del Decreto adottato in data 24 giugno 2022, al 30 dicembre 2022 (*"In sede di prima applicazione, il termine di cui all'articolo 7, comma 1, del presente decreto è differito di 120 giorni successivi a quello di approvazione del bilancio di previsione"*).

Per la stesura del presente documento, che rappresenta la prima adozione di questo nuovo strumento aziendale di programmazione, sono state seguite le Linee Guida adottate con il DPR n. 132 del 30 giugno 2022, tenendo presente anche che il quadro ordinamentale non è ancora definito. Il presente PIAO si relaziona coerentemente con gli atti già adottati dall'Azienda nel corso dell'anno 2022 e verrà adeguato in coerenza con la attività di programmazione aziendale che si svilupperanno nel triennio di riferimento.

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Chi Siamo

Denominazione: Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo (ASP PA)

Sede Legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 Palermo

P. IVA/Codice Fiscale: 05841760829

Sito Web istituzionale: www.asppalermo.org

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo si è costituita il 1° settembre del 2009, in attuazione della L.R. del 14 aprile 2009, n. 5 "Norme di riordino del Sistema Sanitario Regionale" ed è un Ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia imprenditoriale. Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale, supportato da un Direttore Sanitario e da un Direttore Amministrativo.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti alla stessa dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità, come risultanti a libro cespiti. L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, comma 2, del codice civile. A norma dell'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n.502/92 come modificato dal D.Lgs. n.229/1999, gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a preventiva autorizzazione della Regione. I beni mobili e immobili che l'Azienda utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile dell'Azienda, e sono soggetti alla disciplina dell'art. 828, comma 2, del codice civile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione se non nei modi stabili dalla legge.

L'Azienda vanta una notevole estensione territoriale che coincide con quello della Provincia di Palermo (compresa l'isola di Ustica), più le isole di Lampedusa e Linosa della provincia di Agrigento. Comprende un territorio pari a 5.018,06 Km² suddivisi in 83 Comuni (82 della provincia di Palermo + il Comune delle isole di Lampedusa e Linosa). La popolazione complessiva è di n. 1.199.626, a cui si aggiungono i 6.360 abitanti del comune di Lampedusa e Linosa per un totale di 1.205.986, residenti al 01/01/2022 (dati ISTAT)

Distribuzione della Popolazione residente al 01.01.2022 per Comuni/Distretti (FONTE: DATI ISTAT)

Distretto 33	Campofelice di Roccella	Castelbuono	Cefalù	Collesano	Gratteri	Isnello	Lascari	Pollina	San Mauro Castelverde	Totale		
	7545	8177	13878	3720	867	1329	3652	2837	1380	43385		
Distretto 34	Capaci	Carini	Cinisi	Isola delle Femmine	Terrasini	Torretta	Totale					
	11262	38850	11846	7001	12605	4141	85705					
Distretto 35	Castellana Sicula	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Gangi	Geraci Siculo	Alimena	Blufi	Bompietro	Polizzi Generosa	Totale		
	3056	2993	2470	6163	1717	1753	888	1219	2964	23223		
Distretto 36	Baucina	Bolognetta	Campofelice di Fitalia	Cefalà Diana	Ciminna	Godrano	Marineo	Mezzojuso	Misilmeri	Ventimiglia di Sicilia	Villafraati	Totale
	1839	4028	466	986	3443	1062	6187	2678	28648	1821	3062	54220
Distretto 37	Aliminusa	Caccamo	Caltavuturo	Cerda	Montemaggiore Bels.	Sciara	Scillato	Sclafani Bagni	Termini Imerese	Trabia	Totale	
	1092	7725	3594	4940	2972	2530	617	388	25030	10391	59279	
Distretto 38	Alia	Castronovo di Sicilia	Lercara Friddi	Palazzo Adriano	Prizzi	Roccapalumba	Valledolmo	Vicari	Totale			
	3314	2844	6191	1838	4305	2183	32052	2423	26303			
Distretto 39	Altavilla Milicia	Bagheria	Casteldaccia	Ficarazzi	Santa Flavia	Totale						
	8422	52705	11568	12776	10869	96340						

Distretto 40	Bisacquino	Campo-fiorito	Chiusa Sclafani	Contessa Entellina	Corleone	Giuliana	Roccamena	Totale
	4155	1165	2566	1505	10422	1718	1375	22906

Distretto 41	Balestrate	Borgetto	Campo-reale	Giardinello	Montelepre	Partinico	San Cipirello	San Giuseppe Jato	Totale
	6118	7051	2983	2275	5788	30556	4972	8115	67858

Distretto 42	Palermo	Altofonte	Belmonte Mezzagno	Monreale	Piana degli Albanesi	Santa Cristina Gela	Trappeto	Ustica	Villabate	Lampedusa e Linosa	Totale
	630828	9857	10927	38351	5588	987	3030	1306	19533	6360	726767

TOTALE 1.205.986
Popolazione residente per sesso (dati ISTAT al 01/01/2022)

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Alia	1570	1744	3314
Alimena	831	922	1753
Aliminusa	560	532	1092
Altavilla Milicia	4204	4218	8422
Altofonte	4768	5089	9857
Bagheria	25615	27090	52705
Balestrate	2907	3211	6118
Baucina	912	927	1839
Belmonte Mezzagno	5377	5550	10927
Bisacquino	2024	2131	4155
Blufi	418	470	888
Bolognetta	1991	2037	4028
Bompietro	575	644	1219
Borgetto	3459	3592	7051
Caccamo	3806	3919	7725
Caltavuturo	1740	1854	3594
Campofelice di Fitalia	240	226	466
Campofelice di Roccella	3734	3811	7545
Campofiorito	568	597	1165
Camporeale	1470	1513	2983
Capaci	5548	5714	11262
Carini	19266	19584	38850
Castelbuono	3984	4193	8177
Casteldaccia	5706	5862	11568
Castellana Sicula	1448	1608	3056
Castronovo di Sicilia	1373	1471	2844
Cefalà Diana	494	492	986
Cefalù	6722	7156	13878
Cerda	2428	2512	4940
Chiusa Sclafani	1210	1356	2566
Ciminna	1665	1778	3443
Cinisi	5808	6038	11846
Collesano	1766	1954	3720
Contessa Entellina	738	767	1505
Corleone	5126	5296	10422
Ficarazzi	6259	6517	12776
Gangi	2957	3206	6163
Geraci Siculo	846	871	1717
Giardinello	1145	1130	2275
Giuliana	861	857	1718
Godrano	527	535	1062
Gratteri	435	432	867

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Isnello	637	692	1329
Isola delle Femmine	3466	3535	7001
Lascari	1771	1881	3652
Lercara Friddi	2907	3284	6191
Marineo	3084	3140	6187
Mezzojuso	1319	1359	2678
Misilmeri	14168	14480	28648
Monreale	18823	19528	38351
Montelepre	2795	2993	5788
Montemaggiore Belsito	1412	1560	2972
Palazzo Adriano	868	970	1838
Palermo	300236	330592	630828
Partinico	15163	15393	30556
Petralia Soprana	1468	1525	2993
Petralia Sottana	1142	1328	2470
Piana degli Albanesi	2770	2818	5588
Polizzi Generosa	1423	1541	2964
Pollina	1390	1447	2837
Prizzi	2044	2261	4305
Roccamena	665	710	1375
Roccapalumba	1051	1132	2183
San Cipirello	2420	2552	4972
San Giuseppe Jato	3973	4142	8115
San Mauro Castelverde	690	690	1380
Santa Cristina Gela	502	485	987
Santa Flavia	5305	5564	10869
Sciarra	1247	1283	2530
Scillato	287	330	617
Sclafani Bagni	183	205	388
Termini Imerese	12215	12815	25030
Terrasini	6220	6385	12605
Torretta	2023	2118	4141
Trabia	5263	5128	10391
Trappeto	1499	1531	3030
Ustica	661	645	1306
Valledolmo	1537	1668	3205
Ventimiglia di Sicilia	894	927	1821
Vicari	1160	1263	2423
Villabate	9561	9972	19533
Villa frati	1501	1561	3062
TOTALE	578787	620839	1199626
Lampedusa e Linosa	3307	3053	6360

Distribuzione per fasce d'età della popolazione assistita al 01/01/2022

Fascia di età	Maschi	Femmine	Totale
0 - 13	81050	76920	157970
14 - 64	383804	396164	779968
65 - 74	65589	75163	140752
>75 anni	51651	75645	127296
Totale	582094	623892	1205986

Fonte: istat 2022 comprensivo di Lampedusa e Linosa

1.2 Come Operiamo

L'orientamento della Direzione Aziendale è quello di inserire l'offerta sanitaria in un contesto più ampio, provinciale, per migliorare l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi erogati dalle diverse Aziende insistenti sul territorio. A tal fine, con delibera n.81 del 21/01/2020, è stato ridefinito il *nuovo Atto Aziendale*, approvato dall'Assessorato della Salute con DA n.512 del 10/06/2020.

Con il nuovo Atto aziendale e con l'elaborazione della nuova dotazione organica, in azienda è in atto un processo di riconfigurazione organizzativa in coerenza con le previsioni del D.M. n. 70/2015, e al disegno tracciato nella rete ospedaliera regionale dal Decreto n. 22 del 2019, per una continua integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali.

La realtà *sanitaria* aziendale è stata disegnata su 3 aree Est, Ovest e città di Palermo.

Anche nell'area *amministrativa* l'istituzione di tre Coordinamenti Amministrativi dei Distretti ospedalieri/territoriali, favorisce lo snellimento delle procedure interne, crea omogeneità nei processi di governo e riduce la complessità dei meccanismi di decisione rendendo più efficaci la verifica ed il controllo.

La valorizzazione delle due tipologie di servizio in tutti i Distretti, rispettivamente dell'area socio – sanitaria e delle Cure Primarie testimoniano la volontà della Direzione Strategica di fare leva prioritariamente sull'implementazione di quella porta di accesso alle cure territoriali che possa contribuire anche ad un decongestionamento di tutti i Pronto Soccorso dell'area metropolitana.

Un'attenzione particolare è stata rivolta alla rivalorizzazione della rete dei consultori in quanto nucleo di offerta sanitaria pubblica più vicino alle famiglie, e come organizzazione capillare aziendale, in grado di rilanciare le campagne di prevenzione (screening oncologici) di sostegno alle attività sanitarie a favore della famiglia e di promozione di azioni volte all'educazione alla salute.

Nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) metropolitani sono stati infine creati dei "poli" con differenziazione delle aree specialistiche di oculistica, cardiologia, pneumologia, oncologia e diagnostica ecografica, in cui concentrare e sviluppare competenze e tecnologie per garantire risposte più efficienti ai cittadini e ridurre i tempi di attesa. Il progetto muove dalla considerazione che le prestazioni rese in ambito territoriale con expertise qualificato, possa essere poste in intima correlazione con l'organizzazione ospedaliera di base per assicurare celerità nella presa in carico di patologie diffuse e per le quali, in atto, il cittadino ha difficoltà ad accedere alle cure oltre che alla attività diagnostica necessaria e per cui alla fine è sovente costretto a rivolgersi ad un pronto soccorso.

1.3 Cosa Facciamo

L'ASP di Palermo ha previsto strutture a gestione diretta e quelle accreditate e convenzionate per le seguenti attività:

- Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

Per far fronte alle esigenze dei soggetti cosiddetti "fragili", l'Azienda assicura l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.). Questo tipo di assistenza prevede una presa in carico globale della persona sia sotto il profilo sanitario che sociale consentendole di rimanere il più a lungo possibile nell'ambito del proprio nucleo familiare.

Con la Legge n.5/2009 si è sempre più acuito il bisogno alle cure domiciliari per il trattamento delle patologie croniche e/o invalidanti, riservando alla struttura ospedaliera il trattamento delle acuzie.

Quindi si continua a supportare questa forma di assistenza sia in termini di risorse umane che organizzative, ricorrendo a diverse forme di intervento: ADI interna, ADI esterna e ADI mista.

- Screening oncologici

Particolarmente difficile è stata l'attività rivolta alla prevenzione dei tumori.

Nonostante il rallentamento dell'attività di screening a causa del COVID-19, nell'ultimo periodo si è assistito ad un incremento dei dati di adesione orientati alla progressione specialmente sul colon-retto in cui nelle ultime proiezioni si evince un incremento rispetto agli anni precedenti.

- Promozione della Salute degli Immigrati

La nostra Azienda ha continuato ad assicurare la sempre crescente domanda di salute da parte di persone straniere. Quindi è stata potenziata l'assistenza medica per adulti e bambini con visite specialistiche di vario genere, facendo particolare attenzione all'educazione alimentare, all'educazione sessuale con ricorso alla contraccezione, alla procreazione responsabile, alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.

L'attenzione per gli immigrati è stata anche rivolta per quanto riguarda la diffusione del virus. Gli immigrati sono stati monitorati ed, i casi positivi, ospitati presso il Covid Hotel cittadino ma adesso si è cercato di arrivare anche ad una vaccinazione completa.

- Prevenzione e promozione alla salute

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo è impegnata nell'affermare una cultura della Prevenzione e della Promozione della Salute tramite azioni, interventi e progetti che coinvolgono il territorio di competenza nonché tutte le interfacce istituzionali e i principali stakeholders.

Il Dipartimento di Prevenzione, in continuità con il lavoro connesso alla pianificazione strategica aziendale e in stretto raccordo operativo con l'Unità Operativa di Educazione e Promozione della Salute Aziendale (UOEPSA), ha avviato un confronto e un coordinamento con tutte le articolazioni aziendali coinvolte nella pianificazione strategica legata all'ambito della prevenzione e della promozione della salute. A rafforzare tale lavoro aziendale e interaziendale (in riferimento alle AA.OO. metropolitane) sono stati individuati dei Referenti per i Dipartimenti e per le Strutture aziendali coinvolte, nonché la rete dei Referenti territoriali Responsabili delle UU.OO.SS. di Educazione e Promozione della Salute e della stessa UOEPSA.

Con la pandemia da Covid 19 l'Azienda si è attivata con l'istituzione di 50 U.S.C.A. (Unità Speciali di Continuità Assistenziali), una ogni 25 mila abitanti, dislocate nell'intero territorio, in tutte le sedi di distretto e anche nelle isole di Ustica e Lampedusa, che si occupano anche della gestione domiciliare dei pazienti con diagnosi confermata di Covid 19 e delle persone in isolamento con possibile infezione per contatti stretti.

Alle 50 USCA presenti sul territorio si sono aggiunte altre 10 Scolastiche con compiti esclusivamente dedicati alla prevenzione, al tracciamento ed agli screening negli Istituti. Altri camici bianchi sono stati occupati nei Drive In sempre per effettuare tamponi, mentre altro personale medico si è occupato del "contact tracing".

- Potenziamento dei servizi assistenziali

Al fine di potenziare i servizi assistenziali territoriali, integrando in un'unica rete assistenziale, il sistema ospedaliero nell'erogazione ai cittadini dei Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria, sono state introdotte delle strutture polivalenti, quali le *Case di Comunità (CdC)*, gli *Ospedali di Comunità (OdC)* e le *Centrali Operative Territoriali (COT)* con l'obiettivo di rappresentare dei punti di riferimento per le cure primarie e fornire la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento, con un orientamento alla produttività delle prestazioni, all'efficienza ed eccellenza.

1.4 L'Amministrazione in cifre¹

La principale fonte di finanziamento dell'Azienda è rappresentata dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale (Assessorato Regionale per la Salute) sulla base della cosiddetta "quota capitaria"; un'altra parte dei finanziamenti deriva dal Fondo Sanitario Nazionale.

Si evidenziano di seguito le voci del bilancio preventivo 2022 riportate nello schema ministeriale ex DM 11/02/2002 (modello CE).

CE (Valori in Migliaia di Euro)	Preventivo 2022
A) Valore della produzione	
A.1) Contributi in c/esercizio	1.834.069.074,77
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 11.831.000
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	57.500.551
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	162.174.718
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.894.658
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	12.880.320
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0
A.9) Altri ricavi e proventi	95.713
Totale valore della produzione (A)	2.056.784.034
B) Costi della produzione	
B.1) Acquisti di beni	315.924.427
B.2) Acquisti di servizi	1.595.862.673
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	9.414.453
B.4) Godimento di beni di terzi	3.080.142
B.5) Personale del ruolo sanitario	209.549.296
B.6) Personale del ruolo professionale	1.360.283
B.7) Personale del ruolo tecnico	30.502.674
B.8) Personale del ruolo amministrativo	27.944.963
B.9) Oneri diversi di gestione	3.769.685
B.10) Ammortamento delle immobilizzazioni immateriali	0
B.11) Ammortamento delle immobilizzazioni materiali	12.900.320
B.13) Variazione delle rimanenze	0
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	16.786.840
Totale costi della produzione (B)	2.227.095.755
C) Proventi e oneri finanziari	
C.1) Interessi attivi	100.000
C.2) Altri proventi	0
C.3) Interessi passivi	271.927
Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 171.927
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	0
D.1) Rivalutazioni	0
D.2) Svalutazioni	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0
E) Proventi e oneri straordinari	0
E.1) Proventi straordinari	0
E.2) Oneri straordinari	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	0
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	- 170.483.648
Totale imposte e tasse	23.000.595
RISULTATO DI ESERCIZIO	- 193.484.243

¹ Per maggiori dettagli è possibile consultare sul sito aziendale – "Amministrazione Trasparente" il seguente link:
<http://www.asppalermo.org/pagina.asp?ID=184>

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

2.1.1 Mandato Istituzionale e Missione

L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Palermo svolge la funzione di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività ponendoli al "centro" della sua missione, attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, assicurando alla popolazione del proprio territorio l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali ed appropriate (Livelli Essenziali di Assistenza), consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera, al fine di mantenere il più alto livello possibile di qualità della vita dei cittadini, fornendo servizi, erogati direttamente ai cittadini o erogati da altre Aziende del S.S.N. pubbliche o strutture private accreditate di cui è committente e nei confronti dei quali esercita un'azione di controllo e governo per la maggiore aderenza dell'offerta sanitaria alle esigenze di salute della collettività servita. L'Azienda assicura alla popolazione del proprio territorio l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi delle persone, l'equità delle prestazioni, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

L'Azienda garantisce la salvaguardia della salute delle persone approntando direttamente servizi e prestazioni o acquisendo le prestazioni dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate, dando la dovuta importanza alle problematiche dei soggetti fragili e cronici; garantisce la prevenzione, la riabilitazione e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro promuovendo la salute dei lavoratori; garantisce altresì equità, solidarietà, riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute, anche attraverso percorsi che limitino il ricorso inappropriato alla ospedalizzazione sviluppando l'offerta territoriale diffusa dei servizi e dei meccanismi che tendono, laddove possibile, alla domiciliarizzazione delle cure, alla facilitazione e allo snellimento dell'"accesso amministrativo" alle prestazioni, anche mediante servizi informatizzati con estensione provinciale del "CUP" (Centro Unificato Prenotazioni) e degli "Sportelli Online" (Servizio Richiesta di Prenotazione Online, Referti Online, Esenzione per Reddito Online, Cambio Medico Online, SmarTurno).

L'Azienda organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti socio-economiche della salute e sviluppando un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione medesima; persegue obiettivi di promozione della salute anche mediante azioni di educazione alla salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, tutela della salute collettiva, prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro. Persegue, altresì, obiettivi di prevenzione e controllo della salute degli animali, di miglioramento degli standard sanitari delle produzioni zootecniche e di sicurezza degli alimenti di origine animale, di valorizzazione del rapporto uomo-animale-ambiente, concorrendo in tal modo anche alla tutela della salute della persona.

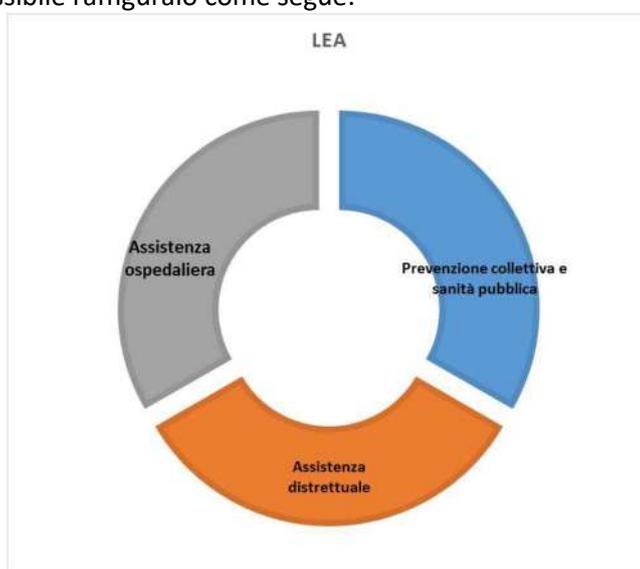
In particolare, l'Azienda persegue la propria missione attraverso le seguenti azioni:

- rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale. Questi fondamentali valori sono stati "accentuati" a partire dai primi mesi del 2020, quando a causa del Covid 19, si tendeva a far perdere dignità al paziente affetto dal virus;
- centralità del valore della salute ed orientamento ai bisogni del paziente-utente sulla base dell'analisi epidemiologica finalizzata alla redazione di atti di programmazione quanto più aderenti alle reali necessità degli utenti del territorio di competenza;
- sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- garanzia della coerenza, qualità, continuità, integrazione, compatibilità etica ed economica nell'erogazione dei servizi;
- promozione di modelli organizzativi incentrati su criteri di appropriatezza clinica e organizzativa;

- gestione integrata di attività socio-sanitarie attraverso reti di servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di patologie croniche;
- flessibilità organizzativa in relazione a bisogni espressi dalla comunità del territorio di riferimento;
- sviluppo di interventi e programmi per la riduzione del rischio clinico;
- promozione permanente di attività di formazione e di ricerca, integrate con gli interventi per la promozione della salute, indispensabili per garantire la costante innovazione del sistema.

L'Azienda promuove e consolida l'adeguato livello di assistenza territoriale, con conseguente riduzione degli accessi alle strutture ospedaliere secondo criteri di appropriatezza, mediante il riordino e il potenziamento dei *Presidi territoriali di assistenza (PTA)*, dei *Punti territoriali di emergenza (PTE)* e dei *Punti di primo intervento (PPI)*. I PTA rappresentano il cardine della riqualificazione della offerta sanitaria distrettuale e del rapporto con l'utente, anche in termini di facilitazione dell'accesso mediante la presenza, presso ogni PTA, di un punto unico d'accesso (PUA).

Quanto sopra descritto è possibile raffigurarlo come segue:



<p>Prevenzione collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli; in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; • tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; • sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; • salute animale e igiene urbana veterinaria; • sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori; • sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; • attività medico legali per finalità pubbliche. 	<p>Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistenza sanitaria di base e continuità assistenziale; • emergenza sanitaria territoriale; • assistenza farmaceutica; • assistenza integrativa; • assistenza specialistica ambulatoriale; • assistenza protesica; • assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale; • assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale • consultori familiari • cure palliative • servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile e dipendenze 	<p>Assistenza ospedaliera, articolata nelle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pronto soccorso; • ricovero ordinario per acuti; • day surgery; • day hospital; • riabilitazione e lungodegenza post acuzie; • attività trasfusionali.
---	---	---

L'Azienda:

- organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti socio economiche della salute e sviluppando un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione medesima;
- persegue obiettivi di promozione della salute anche mediante azioni di educazione alla salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, tutela della salute collettiva, prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- persegue, altresì, obiettivi di prevenzione e controllo della salute degli animali, di miglioramento degli standard sanitari delle produzioni zootecniche e di sicurezza degli alimenti di origine animale, di valorizzazione del rapporto uomo-animale-ambiente, concorrendo in tal modo anche alla tutela della salute della persona.

2.1.2 L'Analisi del Contesto Esterno ed Interno

Analisi del contesto esterno - Elementi socio-economici ed epidemiologici di riferimento

Diversi fattori ma soprattutto, come ormai è evidente da anni, la disoccupazione e l'invecchiamento della popolazione, si intrecciano inevitabilmente con i bisogni di salute e con la richiesta di servizi socio-sanitari in una logica di integrazione tra Ospedale e Territorio e fra i diversi servizi territoriali.

Questa già precaria situazione si è aggravata ovviamente, come è successo in tutta Italia, con l'imprevista ed imprevedibile pandemia da Covid 19. Si sono così accentuate le criticità per una situazione già non facile dal punto di vista sociale ed economico. Sono diminuiti i servizi gratuiti dati ai cittadini in termini di prevenzione e riabilitazione; si è dovuto dare necessariamente priorità alle emergenze "esplose". Dal punto di vista epidemiologico, le cause di morte più frequenti, in entrambi i sessi, oltre che a confermare le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore, hanno avuto una impennata per i deceduti a causa del Covid. Una buona fetta della popolazione anziana ha subito conseguenze gravi se non deleterie, per l'apparato respiratorio.

Analisi del contesto interno - Potenziamento del territorio

Il nostro territorio è stato potenziato con l'introduzione dei PTA (Presidio Territoriale di Assistenza), rimodulando così le strutture distrettuali al fine di andare incontro ulteriormente alle esigenze sanitarie del cittadino-utente. Lo scopo della creazione dei PTA, infatti, è stato principalmente quello di un decongestionamento delle strutture ospedaliere in particolar modo del pronto soccorso, ed anche quello di avere una maggiore attività di prevenzione per evitare le ospedalizzazioni.

Nei PTA già attivi sono potenziati i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, all'assistenza domiciliare, all'assistenza preventiva e consultoriale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, ed inoltre al loro interno sono implementati anche i Punti Unici di Accesso (PUA) alle cure domiciliari, oltre che i PPI (Punti di Primo Intervento). E' stata anche definita la programmazione complessiva della rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) che ha previsto per la nostra Azienda un fabbisogno di circa 580 posti di RSA.

Si tende così ad incrementare questo tipo di assistenza alle persone particolarmente "fragili", non autosufficienti e non assistibili a domicilio che non necessitano, allo stesso tempo, di un ricovero in strutture ospedaliere. Quest'anno per poter garantire questo tipo di assistenza è stato necessario uno sforzo maggiore per non mettere a rischio contagio malati che, per loro natura, si trovano in una posizione di debolezza.

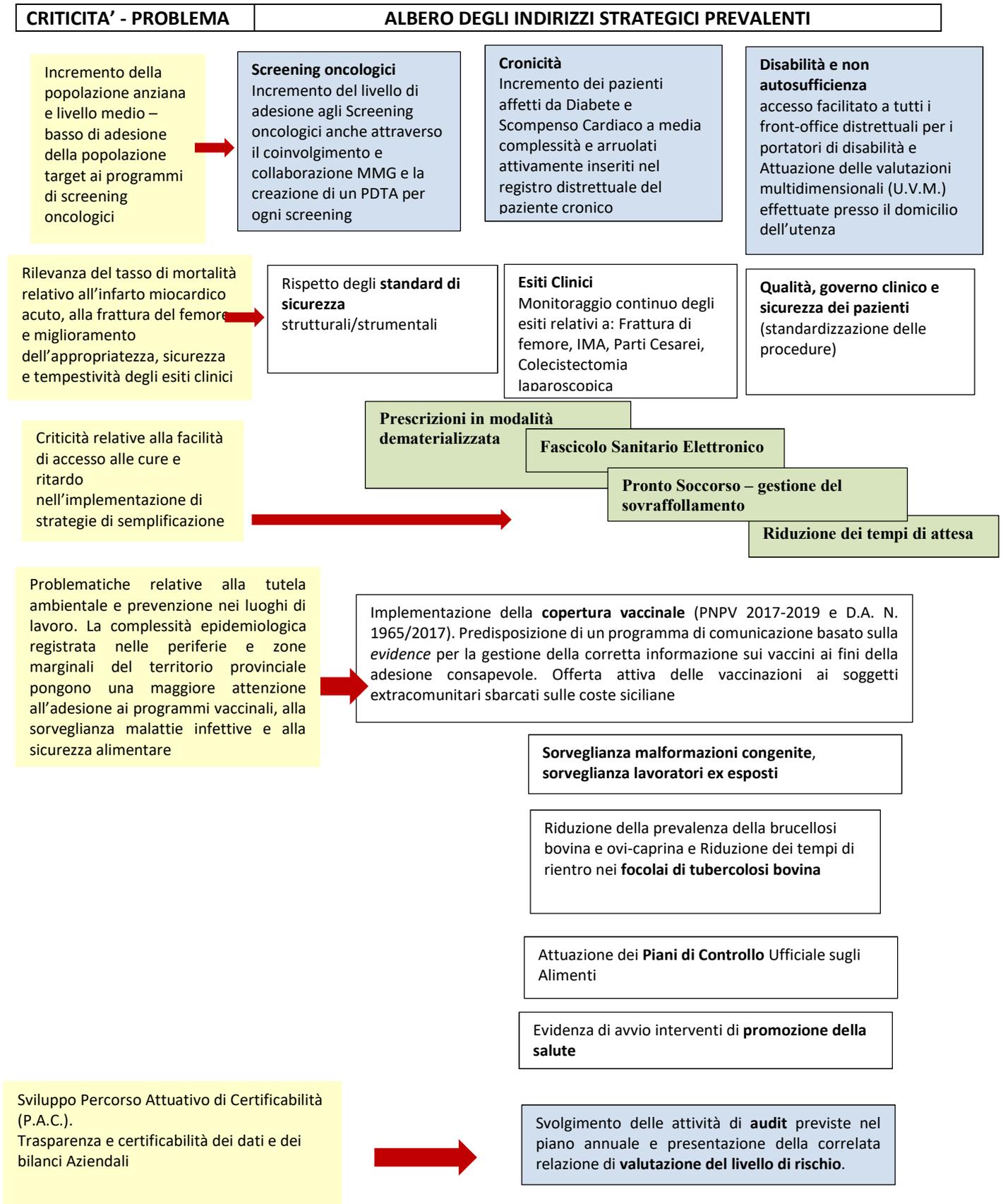
2.1.3 L'Analisi Swot

Si presenta di seguito un'analisi Swot connessa allo scenario di contesto, esterno ed interno, ove vengono evidenziati i punti di forza e i punti di debolezza che hanno caratterizzato le condizioni in cui questa Azienda ha operato nel periodo corrente:

<p style="text-align: center;">PUNTI DI FORZA (Strength)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sempre maggiore integrazione socio — sanitaria • Crescente integrazione tra Ospedale e Territorio. • Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa con risparmi ed economie. • Sbuocratizzazione con il potenziamento del "Medico on line", il "MyVue", resenzione con un click" e "SmarTurno". • Maggiore prevenzione con l'iniziativa dell'"ASP in Piazza". • Promozione della salute degli immigrati con la creazione di nuove specialità c/o gli ambulatori delle isole minori, • Potenziamento delle RSA per pazienti "fragili". • Attivazione di punti di eccellenza per l'attività di screening oncologici in particolare per la mammella, l'utero e il colon-retto. • Avvio integrazione e potenziamento della rete informatizzata aziendale a seguito aggiudicazione gara d'appalto per individuazione di una software house aziendale. • Programmazione e potenziamento degli interventi di Promozione della Salute e di Prevenzione • valorizzazione dell'area socio – sanitaria e delle Cure Primarie in tutti i Distretti, per far leva prioritariamente sull'implementazione di quella porta di accesso alle cure territoriali che possa contribuire anche ad un decongestionamento di tutti i Pronto Soccorso dell'area metropolitana • creazione di un Dipartimento di Medicina, di Chirurgia, di Riabilitazione, e la rifunzionalizzazione delle Anestesi (che include tutta l'area dell'emergenza - urgenza) allo scopo di costituire degli ambiti clinico – gestionali che garantiscano uniformità di metodiche, procedure e percorsi diagnostico – terapeutici non solo nell'ambito ospedaliero e territoriale di questa Azienda, ma anche in settori di competenza delle altre Aziende Sanitarie dell'area metropolitana 	<p style="text-align: center;">PUNTI DI DEBOLEZZA (Weakness)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio. • Notevole riduzione del personale, non sostituito, e blocco delle Assunzioni • Riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane. • Risorse umane non stabilizzate e con contratti a termine. • Alta spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata. • Presenza di alcuni indicatori di salute negativi. • ridotta incisività dei percorsi assistenziali che, per quanto annunciati, sono stati resi meno efficaci da un sistema autopoietico che ha prevalso sui meccanismi operativi improntati alla creazioni di reti di interconnessione più flessibili per una maggiore capacità adattiva ai cambiamenti organizzativi. • Sistema informatico nuovo in fase di implementazione in azienda con conseguenti problematiche di change management (resistenza al cambiamento) su nuove metodologie e nuove procedure informatizzate
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITA' ESTERNE (Opportunities)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legislazione Regionale centrata sulla riorganizzazione ed integrazione Ospedale/Territorio (L.R. WO9 e indicazioni e Linee Guida di riferimento). • Piano Nazionale di Prevenzione e D.A. n. 351 dell'8/3/2016 con cui l'Assessorato Regionale della Salute ha approvato la rimodulazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014/2018 • Sviluppo di nuove tecnologie di informazione • Programmi ministeriali e regionali per lo sviluppo dei processi di governance, dei sistemi operativi organizzativo-gestionali e per il monitoraggio e il controllo dell'efficienza ed efficacia dei servizi. • Fondi e opportunità finanziarie finalizzati per l'attuazione di progetti specifici per target critici. • Convenzione / protocollo di intesa fra ASP e ONLUS convenzionate per il soddisfacimento di bisogni di salute della popolazione. Collaborazione, a titolo gratuito, con Enti no-profit (Elenco Aziendale a supporto di obiettivi del Piano Aziendale di Prevenzione) • Adozione da parte della Regione della riorganizzazione della rete ospedaliera e del nuovo Piano socio-sanitario 	<p style="text-align: center;">EVENTI/MINACCE ESTERNE (Threats)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento progressivo della popolazione anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo). • Perdurare degli sbarchi di migranti in Sicilia. • Stato di indigenza e di forte disagio sociale di parte della popolazione. • Difficoltà per i medici prescrittori ad operare ulteriori restrizioni sulle prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche. • Carente integrazione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali e degli attori del terzo settore operanti nel territorio. • Passaggio di consegne tra vecchio e nuovo gestore sistemi informativi aziendali

2.1.4 L'albero delle priorità strategiche

Dall'analisi dei problemi, minacce ed opportunità del territorio discende l'albero delle priorità strategiche; queste rappresentano gli Obiettivi Generali che costituiscono il cuore del Valore Pubblico dell'Ente.



La Vision aziendale

I fondamenti della vision dell'Azienda possono essere individuati nei seguenti elementi:

- realizzazione di una struttura organizzativa complessa e di tipo reticolare, differenziata e integrata, internamente ed esternamente, nel vasto territorio provinciale anche con gli altri attori istituzionali e non istituzionali, che configurano la rete dei servizi socio-sanitari territoriali;
- orientamento delle proprie scelte alla centralità dei bisogni della persona, in particolare fragile e/o con patologia cronica;
- uso sistematico della metodologia e degli strumenti di un sistema di gestione della qualità orientato al miglioramento continuo dell'offerta sanitaria;
- organicità e unitarietà dell'azione sanitaria nell'area metropolitana di Palermo;
- articolazione delle macrostrutture previste negli ambiti territoriali montani o comunque aventi disagi comunicazioni, adeguata a rafforzare l'incisività delle macrostrutture stesse;
- promozione della collaborazione interaziendale tra le Aziende del S.S.R. della Provincia al fine di valorizzare il sistema di integrazione e di rete delle prestazioni e delle professionalità adeguate all'erogazione.

L'Azienda individua nell'integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività sanitarie un valore primario ed un principio fondamentale di organizzazione e di funzionamento dei servizi nella convinzione che essa rappresenti un fattore fondamentale per la qualificazione dell'offerta. Attraverso l'integrazione socio-sanitaria l'Azienda si propone di garantire l'unitarietà del progetto assistenziale attuando modelli organizzativi che tendono al superamento della frammentazione del processo di presa in carico ed al potenziamento della governance mediante:

- una maggiore efficacia assistenziale consentendo di rispondere a bisogni complessi attraverso processi assistenziali multi professionali e interdisciplinari che favoriscono un uso più efficiente delle risorse umane superando discontinuità, disuguaglianze, frammentazione di interventi o inutili ridondanze;
- un approccio integrato, al fine di ridurre il disagio delle persone superando la logica delle prestazioni assicurate con figure singole, sanitarie o sociali, e favorendo, invece, una erogazione unitaria e coordinata a cura di équipe socio-sanitarie che incidono sulla qualità della vita e supportano l'effettiva fruibilità dei servizi;
- la realizzazione di condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse, sanitarie e sociali, sia in area pubblica che provenienti dal terzo settore, per la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse per la produzione dei servizi sociosanitari, la regolazione del funzionamento delle reti socio-sanitarie nelle loro diverse afferenze e il raggiungimento della massima efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica.

L'attuazione di tale *vision* si è tradotta nella esplicitazione di 19 linee strategiche/azioni di governo, di seguito rappresentate, a loro volta articolati in 57 obiettivi strategici.

Linee strategiche/Azione di governo	Obiettivi strategici	Indicatori	STRUTTURA INTESTATARIA
1. Miglioramento dell'attività di SCREENING	1.1 PAP Test	Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%); I livelli di adesione della popolazione target 50% (Tumore della cervice)	ESTENSIONE: • Dipartimento di Prevenzione • UOC di Sanità Pubblica, Epidemiologia Medicina Preventiva • UOS Centro Gestionale Screening • Dipartimento Salute Donna e Bambino • UOS Screening Cervico-carcinoma • Dipartimento Diagnostica per Immagini • UOS Screening Mammografico • UOS Gastroenterologia ed Endoscopia –Screening colon retto ADESIONE: • tutte le strutture sopra riportate • Distretti Sanitari
	1.2 Mammografico	Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%); Livello di adesione della popolazione target 60% (Tumore alla mammella)	
	1.3 Colonretto	Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%); Livello di adesione della popolazione target 50% (Colon retto)	

Linee strategiche/Azione di governo	Obiettivi strategici	Indicatori	STRUTTURA INTESTATARIA
2. ESITI	2.1 Tempestività interventi a seguito di frattura di femore su pazienti >65 anni	Valore obiettivo: 94,3%	COORDINAMENTO DELL'OBBIETTIVO E MONITORAGGIO IN ITINERE: • Direzioni Mediche di Presidio PO Partinico, PO Termini Imerese, PO Ingrassia REALIZZAZIONE DELL'OBBIETTIVO: • UOC Ortopedia • UOC Anestesia REPORT DELL'INDICATORE PER LA DIREZIONE AZIENDALE: • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp Pub., Osp. Priv. • UOC Programmazione, Controllo di Gestione; • UOS SIS.
	2.2. Riduzione incidenza dei parti cesarei .	Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti anno = massimo 15% Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti anno = massimo 25%	Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere: • Dipartimento Salute Donna e Bambino Realizzazione dell'obiettivo: • UO Ostetricia e Ginecologia Report dell'indicatore per la Direzione Aziendale: • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp Pub., Osp. Priv. • UOC Programmazione, Controllo di Gestione; • UOS SIS.
	2.3 Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	Valore obiettivo: 91,8%	Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere : Direzione Medica di Presidio PO Ingrassia Realizzazione dell'obiettivo: UOC Cardiologia + UTIC PO Ingrassia. Report dell'indicatore per la Direzione Aziendale: • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp Pub., Osp. Priv. • UOC Programmazione, Controllo di Gestione; • UOS SIS.
	2.4 Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	Valore obiettivo: 95,3%	Coordinamento dell'Obiettivo e monitoraggio in itinere: • Direzioni Mediche di Presidio Realizzazione dell'obiettivo: • UOC/UOS Chirurgia Generale Report dell'indicatore per la direzione Aziendale: • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp Pub., Osp. Priv. • UOC Programmazione, Controllo di Gestione; • UOS SIS.

Linee strategiche/Azione di governo	Obiettivi strategici	Indicatori	STRUTTURA INTESTATARIA
<p>3. Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 20192021 e al PRGLA</p>	<p>3.1 - Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali - Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali - Monitoraggio ex post delle attività di ricovero - Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione; - Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa; - Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP; - Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda. Il modello RAO: i) prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; ii) indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" già condiviso dalla Regione Siciliana.</p>	<p>Gli indicatori per la valutazione dell'obiettivo saranno riportati nel PRGLA nella sezione dedicata.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure Primarie • Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero • UOC Ospedalità Pubblica • UOC Ospedalità Privata • UOC Coordinamento Staff Strategico /UOS comunicazione e Informazione
<p>4. Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita</p>	<p>4.1 Punti nascita: Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist Regionale</p>	<p>Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore Costituisce pre-requisito l'obbligatorietà dei requisiti relativi alla presenza del personale ostetrico, ginecologico, della guardia attiva H24 anestesiologicala e pediatrico/neonatalogica H24, della garanzia degli esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24 e della presenza di una sala operatoria che deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto</p>	<p>Dipartimento Salute Donna e Bambino (monitoraggio obiettivo) UU.OO. Ostetricia e Ginecologia (escluso P.O. Ingrassia) UOC Neonatologia PO Ingrassia</p>

	<p>4.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p>	<p>Nei PN senza (TIN): Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Numeratore: neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Denominatore: totale neonati ricoverati VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO)</p> <p>Nei PN (con TIN): Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI</p> <p>Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 • Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 • Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da cod. 73] <p>Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). Numeratore: Numero neonati direttamente dimessi (modalità dimissione: codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da TIN (Cod. 73) Denominatore: Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod.73) al netto dei deceduti (modalità dimissione: codice 1) VALORI OBIETTIVO: < 5%</p>	
<p>5. Pronto Soccorso - Gestione del sovraffollamento</p>	<p>5.1. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)</p>	<p>L'indicatore è calcolato considerando le misurazioni di K1, K2 e K3 alle ore 6:00 di ogni giorno nel 2019 (dalla data di conferimento degli obiettivi), nel 2020 e nel 2021.</p>	<p>Bed manager</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento REFPT/UOS Informatica aziendale • UOC Provveditorato • UOC Progettazione e manutenzioni • Tutti i Dipartimenti sanitari UU.OO. dei P.O. (escluso Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Neonatologia)
	<p>5.2. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)</p>	<p>Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori</p>	<p>Bed manager</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento REFPT/UOS Informatica aziendale • UOC Provveditorato • UOC Progettazione e manutenzioni • Tutti i Dipartimenti sanitari • UU.OO. dei P.O. (escluso Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Neonatologia)

Linee strategiche/Azione di governo	Obiettivi strategici	Indicatori	STRUTTURA INTESTATARIA
6. Donazione organi e tessuti	6.1 Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020) (PESO 10%)	1. SI / NO	Dipartimento Emergenza Urgenza
	6.2 Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2018. (PESO 30%)	2. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se l'incremento del numero di accertamenti dell'anno 2019 sarà pari o superiore al 20% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di accertamenti 2019 sarà non inferiore al 15%. L'obiettivo sarà raggiunto all'50% se l'incremento del numeri di accertamenti 2019 sarà non inferiore al 10%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se l'incremento registrato nell'anno 2019 sarà inferiore al 10%.	
	6.3 Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)	3. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se, nell'anno 2019, il tasso di opposizione sarà non superiore al 38%. L'obiettivo sarà raggiunto all' 80% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 41%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 45%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se il tasso di opposizione registrato nell'anno 2019 sarà superiore al 45%.	
	6.4 Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)	4. L'obiettivo sarà considerato raggiunto al 100% se nell'anno 2019 l'incremento del numero di cornee procurate sarà maggiore o uguale al 30% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 25%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 20%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se l'incremento del numero delle cornee procurate nell'anno 2019 sarà inferiore al 20%.	
	6.5 Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione (PESO 10%)	5. SI/NO	
7. Prescrizioni dematerializzate	7.1 % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	>30% nel 2019 e >35% nel 2020/2022	Supporto e Monitoraggio dell'obiettivo e coordinamento: • UOC. Programmazione e organizzazione attività cure primarie. TERRITORIO Coordinamento e realizzazione dell'obiettivo: • Distretti Sanitari/PTA PRESIDIO OSPEDALIERI Coordinamento e monitoraggio dell'obiettivo: • Direzioni Mediche di Presidio
	7.2 numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)	100 nel 2019 e >120 nel 2020/2022	
8. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	8.1 % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati;	(>5%)	• UOC Cure Primarie (Responsabile Aziendale FSE) • Distretti sanitari • Direzioni Mediche di Presidio • Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio • UOC Programmazione e Organizzazione delle attività di cure primarie (Responsabile Aziendale FSE)
	8.2 % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	(>10%)	

			<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento REFPT/UOS Informatica aziendale
9.Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)	9.1 Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	SI	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS UU.OO. oggetto di attività AUDIT PAC: • UOC Provveditorato • UOC Bilancio e Programmazione • UOC Contabilità analitica e Patrimonio • UOC Logistica e Servizi Esternalizzati • Dip. Farmaceutico • UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie
	9.2 Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	SI	
	9.3 Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento	SI	
10.Miglioramento Sanità Pubblica e Prevenzione (Sanità veterinaria)	10.1 Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovicaprino controllabile (allevamenti e capi)	n. Aziende bovine e ovicaprine controllate/n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili - 100%	Dipartimento di Prevenzione Veterinario
	10.2 Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovicaprina	numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi - ≤ 28 gg 100%	
	10.3 Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi - ≤ 63 gg 100%	
	10.4 Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovicaprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili - 5% Aziende bovine, 3% Aziende ovicaprine	
	10.5 Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Percentuale di riduzione della prevalenza – 15%	
11.Miglioramento Sanità Pubblica e Prevenzione (Sicurezza alimentare)	11.1 Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS);	Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici) - SI	Dipartimento di Prevenzione Veterinario
	11.2 Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché: - Piano Nazionale Residui	Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12, rispettivamente, entro il 31 luglio ed il 31 gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata - SI	
	11.3 Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare - SI	
12.Miglioramento Sanità Pubblica e Prevenzione (Coperture vaccinali e sorveglianza malattie infettive)	12.1 Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)	n. soggetti vaccinati/popolazione target residente - 95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	Dipartimento di Prevenzione Direzioni Mediche di PP.OO.
	12.2 Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 -Disposizioni Operative Vaccini)	Relazione sulle attività svolte - SI	Dipartimento di Prevenzione Direzioni Mediche di PP.OO.

12. Miglioramento Sanità Pubblica e Prevenzione (Coperture vaccinali e sorveglianza malattie infettive)	12.3 Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale - SI	
	12.4 Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018)	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione - SI	
	12.5. Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio – 100%	
	12.6 Notifica delle malattie infettive	Notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive) – 70%	
13. Miglioramento Sanità Pubblica e Prevenzione (tutela ambientale e prevenzione luoghi di lavoro)	13.1 Sorveglianza malformazioni congenite	Incremento del 10% rispetto al 2020	Dipartimento di Prevenzione UOS Educazione alla Salute Aziendale Dipartimento Salute Donna e Bambino
	13.2 PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute	Raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute -SI	
	13.3 Amianto	Registro mesoteliomi Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati - > 80 %	
	13.4 sorveglianza lavoratori ex esposti	Invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	
	13.5 Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV	Report	
14. Sicurezza dei Pazienti, PDTA, Appropriatazza, outcome	14.1 Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Percentuale di completezza della compilazione della scheda A e della scheda B2 degli eventi sentinella, comprensive cioè di analisi dell'evento avverso, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES) - 90%	UOS Qualità/Rischio Clinico UOC Ospedalità Privata Dipartimento Farmaceutico UOC Legale/UOS Gestione sinistri del Personale
	14.2 Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	
	14.3 Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	100%	
	14.4 Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	SI	UU.OO. degenza: Medicina interna, Geriatria e Cardiologia Distretti Sanitari/PTA UOC Ospedalità Pubblica
	14.5 Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) secondo direttive regionali	Report sulla base degli indicatori di monitoraggio specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali	
	14.6 Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti	
	14.7 Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report secondo modalità indicate dalla Regione	
			UOS Qualità/Rischio Clinico UOC Ospedalità Privata Dipartimento Farmaceutico UOC Legale/UOS Gestione sinistri del Personale UU.OO. degenza: Medicina interna, Geriatria e Cardiologia Distretti Sanitari/PTA UOC Ospedalità Pubblica

Linee strategiche/Azione di governo	Obiettivi strategici	Indicatori	STRUTTURA INTESTATARIA
15.Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati.	15.1.Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17.01.2019)	L'obiettivo sarà conseguito solo al raggiungimento della previsione di raccolta.	Dipartimento Diagnostica di Laboratorio/UOC Medicina trasfusionale
	15.2.Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria	non inferiore a Kg. 60	
16. Cronicità	16.1 Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	A – N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100 -- >= 90%	UOC Organizzazione e Programmazione Cure Primarie Distretti Sanitari/PTA
17.Fragilità	17.1 Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi, implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
18.Disabilità e non Autosufficienza	18.1 Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	N. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali X 100 - >=80%	Distretti Sanitari/PTA UOC Integrazione socio sanitaria UOC Coordinamento Assistenza Riabilitativa Territoriale
	18.2 Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali	Tempestivo pagamento del 100%	
19.Privacy	19.1 Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati	SI	Data Protection Officer

2.1.5 La Transizione Digitale

In conformità al Patto per la Salute 2014-2016, l'Azienda fonda la propria missione su indicatori di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, individuando come settori strategici in cui operare per garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggiore controllo della spesa attraverso:

- programmazione del budget;
- riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera;
- assistenza territoriale/domiciliare post acuta;
- assistenza farmaceutica;
- governo del personale;
- governo delle liste di attesa;
- qualificazione dell'assistenza specialistica;
- meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico/privato;
- potenziamento dei procedimenti amministrativo-contabili;
- attività di prevenzione e promozione della salute;
- umanizzazione delle cure e decoro delle strutture.

Ai superiori indicatori, deve essere prestata una particolare attenzione agli obiettivi propri della Transizione digitale.

Obiettivi principali dell'ente in tema di Transizione al digitale

Con l'aggiudicazione dell'appalto specifico per l'acquisizione di *"servizi applicativi e servizi accessori per la realizzazione di applicativi per la gestione del patrimonio informativo aziendale e per la successiva gestione"* giusta delibera n° 571 del 15/04/2022, nonché con la deliberazione n° 123 del 03/02/2022 *"Missione 6 PNRR Linee C1 e C2 – Nomina RUP"* e successivi atti di utilizzo dei fondi riservati alla Digitalizzazione, la Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo ha previsto il potenziamento delle infrastrutture tecnologiche e l'informatizzazione di uffici e/o reparti amministrativi e Sanitari che sottendono alla:

- dematerializzazione (Gestione documentale, archiviazione sostitutiva, PEC e Firma digitale);
- gestione documentale con particolare orientamento al protocollo informatizzato (pratiche, fascicoli)
- Cartella Clinica e Fascicolo Sanitario informatizzati;
- trattamento dei flussi informativi;
- integrazione dei processi aziendali
- realizzazione e diffusione sul territorio di una soluzione federata di Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino, in linea con lo scenario internazionale;
- aumento del tasso di innovazione digitale nelle aziende sanitarie, sia nei processi di organizzazione interna, sia nell'erogazione dei servizi ai cittadini;
- possibilità di consultazione di tutti gli atti emessi dall'Ente pubblico e pubblicati sul web, per mezzo della pubblicazione in Albo Pretorio online degli atti deliberativi, presenti in formato digitale in ottemperanza del principio di trasparenza amministrativa.

Ulteriori obiettivi della Transizione Digitale aziendale possono ritenersi le misure previste dal decreto legge n 76/2020 (Decreto Semplificazioni), quali:

- Integrare nei propri sistemi informativi SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale) e CIE (Carta d'Identità Elettronica) come unico sistema di identificazione per l'accesso ai servizi digitali;
- Integrare la piattaforma PagoPA nei sistemi di incasso per la riscossione delle proprie entrate;
- Avviare i progetti di trasformazione digitale necessari per rendere disponibili i propri servizi sull'App IO.

In conformità con il piano triennale dell'AGID di seguito si riportano i punti focali del processo di transizione al digitale della Asp di Palermo.

2.1.5.1 Servizi

Contesto

Il miglioramento della qualità dei servizi pubblici digitali costituisce la premessa indispensabile per l'incremento del loro utilizzo da parte degli utenti, siano questi cittadini, imprese o altre amministrazioni pubbliche. In questo processo di trasformazione digitale è essenziale che i servizi abbiano un chiaro valore per l'utente; ciò richiede un approccio multidisciplinare nell'adozione di metodologie e tecniche interoperabili per la progettazione di un servizio. La qualità finale, così come il costo complessivo del servizio, non può infatti prescindere da un'attenta analisi dei molteplici layer, tecnologici e organizzativi interni, che strutturano l'intero processo della prestazione erogata, celandone la complessità sottostante.

Obiettivi e risultati attesi

- un utilizzo più consistente di soluzioni IAAS e PAAS o cloud già esistenti;
- Il Riuso e la condivisione di software e competenze tra le diverse amministrazioni;
- l'adozione di modelli e strumenti validati e a disposizione di tutti;
- Il costante monitoraggio da parte delle PA dei propri servizi online;
- l'incremento del livello di accessibilità dei servizi erogati tramite siti web e app mobile.

Attività e linee di intervento

- Completa digitalizzazione dei percorsi clinici dei DEA di I livello consistente nell'informatizzazione completa ed integrata dei seguenti servizi
 - a) Completa digitalizzazione della Cartella Clinica elettronica di tutti i reparti ospedalieri,
 - b) Servizi di farmacia informatizzati,
 - c) Prescrizione e somministrazione farmaci con sistema informatizzato,
 - d) RIS-CVIS-MG PACS,
- Continuità dei servizi già presenti di:
 - a) LISS,
 - b) sistema informativo per la gestione dell'attività clinica di Pronto Soccorso,
 - c) sistema informativo per la gestione dell'attività clinica dei blocchi operatori,
 - d) ADT e MPI
 - e) repository
 - f) order entry
- Digitalizzazione del Fascicolo Amministrativo
- Rinnovo dei percorsi di delibere e determine digitali
- Evoluzione del sistema di Protocollo verso una gestione documentale

2.1.5.2 Dati

Contesto

La valorizzazione del patrimonio informativo pubblico è un obiettivo strategico per la Pubblica Amministrazione per affrontare efficacemente le nuove sfide dell'economia basata sui dati (data economy), supportare gli obiettivi definiti dalla Strategia europea in materia di dati, garantire la creazione di servizi digitali a valore aggiunto per cittadini, imprese e, in generale, tutti i portatori di interesse e fornire ai policy maker strumenti data-driven da utilizzare nei processi decisionali e/o produttivi come continuamente ribadito nel piano triennale AGID per la Pubblica amministrazione.

Obiettivi e risultati attesi

Sarà necessario abilitare attraverso la data governance le azioni volte al raggiungimento degli obiettivi definiti attraverso gli strumenti e le piattaforme previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in particolare, la fornitura dei dataset preferenzialmente attraverso API (interfacce per programmi applicativi), le quali, anche ai sensi dei punti 31 e 32 delle premesse della DIRETTIVA (UE) 2019/1024: rispettino le Linee guida sull'Interoperabilità (ModI), siano documentate attraverso i metadati (ontologie e vocabolari controllati)

presenti nel Catalogo Nazionale Dati per l'interoperabilità semantica e siano registrate sul catalogo API della PDND (Piattaforma Digitale Nazionale Dati).

Attività e linee di intervento

La deadline previsionale prevede la realizzazione degli obiettivi entro il triennio considerato

2.1.5.3 Piattaforme

Contesto

Il concetto di piattaforma cui fa riferimento il Piano triennale comprende non solo piattaforme abilitanti a livello nazionale e di aggregazione territoriale, ma anche piattaforme che possono essere utili per più tipologie di amministrazioni o piattaforme che raccolgono e riconciliano i servizi delle amministrazioni, sui diversi livelli di competenza. È il caso, ad esempio, delle piattaforme di intermediazione tecnologica sui pagamenti disponibili sui territori regionali che si raccordano con la piattaforma nazionale pagoPA.

In tal senso l'ASP di Palermo sta procedendo nella integrazione con alcune delle principali piattaforme abilitanti per la PA. Tra queste la piattaforma dei pagamenti elettronici pagoPA e la piattaforma di identità digitale SPID. Infine, in previsione vi è l'integrazione del sistema CUP con la Piattaforma IO che, per il tramite dell'app IO, permetterà l'invio di informazioni verso l'utenza quali quelle relative alla prenotazione dei servizi.

Obiettivi e risultati attesi

Il Piano, quindi, prosegue nel percorso di evoluzione, consolidamento ed integrazione con le piattaforme abilitanti esistenti quali SPID, pagoPA, AppIO, ANPR, attivando una serie di azioni volte a promuovere i processi con gli applicativi esistenti in azienda.

Attività e linee di intervento

La deadline previsionale prevede la realizzazione degli obiettivi entro il triennio considerato.

2.1.5.4 Infrastrutture

Contesto

Lo sviluppo delle infrastrutture digitali è parte integrante della strategia di modernizzazione dell'Asp di Palermo poiché queste sostengono l'erogazione di servizi essenziali a cittadini. Tali infrastrutture devono essere affidabili, sicure, energeticamente efficienti ed economicamente sostenibili. L'evoluzione tecnologica espone, tuttavia, i sistemi a nuovi e diversi rischi, anche con riguardo alla tutela dei dati personali.

L'obiettivo di garantire una maggiore efficienza dei sistemi non può essere disgiunto dall'obiettivo di garantire contestualmente un elevato livello di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi utilizzati dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

Obiettivi e risultati attesi

Primario obiettivo è quello di attuare un percorso di razionalizzazione delle infrastrutture per:

- garantire la sicurezza dei servizi erogati tramite infrastrutture classificate come gruppo B, mediante la migrazione degli stessi verso data center più sicuri e verso infrastrutture e servizi cloud qualificati da AGID secondo il modello Cloud della PA.
- ridurre la costruzione di nuovi data center al fine di ridurre la frammentazione delle risorse e la proliferazione incontrollata di infrastrutture con conseguente moltiplicazione dei costi.

Attività e linee di intervento

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo avvalendosi dei finanziamenti previsti nel PNRR ha previsto:

- Aggiornamento Infrastrutture Hardware e Software con la convenzione dedicate alla LAN e quelle dedicate alle Licenze software;
- Sistemi di sicurezza informatica con le convenzioni dedicate alla sicurezza informatica.

La deadline previsionale prevede la realizzazione degli obiettivi entro il triennio considerato.

2.1.5.5 Interoperabilità

Contesto

L'interoperabilità permette la collaborazione e l'interazione telematica tra pubbliche amministrazioni, cittadini e imprese, favorendo l'attuazione del principio *once only* e recependo le indicazioni dell'European Interoperability Framework.

La Linea Guida sul Modello di Interoperabilità per la PA (di seguito Linea Guida) individua gli standard e le loro modalità di utilizzo per l'implementazione delle API favorendo:

- l'aumento dell'interoperabilità tra PA e tra queste e cittadini/imprese;
- la qualità e la sicurezza delle soluzioni realizzate;
- la de-duplicazione e la co-creazione delle API.

La Linea Guida individua le tecnologie SOAP e REST da utilizzare per l'implementazione delle API e, per esse, le modalità di loro utilizzo attraverso l'individuazione di pattern e profili utilizzati dalle PA.

La Linea Guida è periodicamente aggiornata assicurando il confronto continuo con:

- le PA, per determinare le esigenze operative delle stesse;
- i Paesi Membri dell'Unione Europea e gli organismi di standardizzazione, per agevolare la realizzazione di servizi digitali transfrontalieri.

Obiettivi e risultati attesi

- Favorire l'applicazione della Linea guida sul Modello di Interoperabilità da parte degli erogatori di API. L'azienda Sanitaria Provinciale di Palermo prenderà visione delle Linee guida, e le applicherà anche avvalendosi dell'apporto delle ditte appaltatrici dei servizi di gestione, manutenzione e assistenza del sistema informativo aziendale (SIA e SIS).
- Adottare API conformi al Modello di Interoperabilità. Richiederà, in caso di attivazione di nuovi servizi, ai fornitori di servizi SaaS dal Cloud Marketplace AgID il rispetto e l'applicazione delle Linee Guida, inserendo un apposito dettato nei contratti di servizio.

Attività e linee di intervento

La deadline previsionale prevede la realizzazione degli obiettivi entro il triennio considerato.

2.1.5.6 Sicurezza informatica

Contesto

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l'istituzione della nuova Agenzia per la Cybersicurezza nazionale e il decreto attuativo del perimetro di sicurezza nazionale cibernetica pongono la Cybersecurity a fondamento della digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e del Sistema Italia.

In tale contesto saranno necessarie infrastrutture tecnologiche e piattaforme in grado di offrire ai cittadini e alle imprese servizi digitali efficaci, sicuri e resilienti.

Si evidenzia che la minaccia cibernetica cresce continuamente in quantità e qualità, determinata anche dall'evoluzione delle tecniche di ingegneria sociale volte a ingannare gli utenti finali dei servizi digitali sia interni alla PA che fruitori dall'esterno.

Obiettivi e risultati attesi

- Aumentare la consapevolezza del rischio cyber (Cyber Security Awareness) nelle PA obiettivo da raggiungere mediante l'emanazione di documenti tecnici e questionari di self-assessment ai RTD e loro uffici ed in merito alle nuove applicazioni o i nuovi servizi in acquisizione dovranno rispondere ai requisiti di sicurezza imposti dalle linee guida sulla sicurezza cibernetica nonché dalle direttive UE sulla gestione dei dati personali (GDPR). Quelle già esistenti dovranno conformarsi su quanto precedentemente riportato. Poiché le prescrizioni contenute nelle linee guida riguardano l'intero procedimento di approvvigionamento di beni e servizi informatici, dalla pianificazione degli acquisti, alla redazione del bando e del disciplinare, fino alla fase di esecuzione del contratto sarà necessario che in sede di pianificazione degli acquisti sia effettuata la valutazione del fornitore, la definizione di

una metodologia di audit interno, in materia di sicurezza informatica, nonché l'analisi del fabbisogno dell'amministrazione.

- Aumentare il livello di sicurezza informatica dei portali istituzionali della Pubblica Amministrazione massimizzando il numero dei Content Management System (CMS) non vulnerabili utilizzati nei portali istituzionali delle PA, misurato tramite tool di analisi specifico.

Attività e linee di intervento

La deadline previsionale prevede la realizzazione degli obiettivi entro il triennio considerato.

2.1.5.7 Le Leve per l'innovazione

Contesto

Tutti i processi dell'innovazione, sono pervasi dal tema delle competenze digitali come acceleratore delle loro fasi, nonché comune denominatore per un approccio consapevole e qualificato al fine di un consolidamento del processo di cambiamento guidato dalle moderne tecnologie.

Le competenze digitali esercitano un ruolo fondamentale e rappresentano un fattore abilitante, anche in relazione alla efficacia delle altre leve e strumenti proposti e, qui di seguito approfonditi.

Di natura trasversale, lo sviluppo di competenze digitali assunto come asset strategico comprende tutto ciò che può essere identificato in termini di bagaglio culturale e conoscenza diffusa per favorire l'innesto, efficace e duraturo, dei processi di innovazione in atto.

Gli obiettivi del Piano, poi, potranno essere raggiunti solo attraverso azioni di sensibilizzazione e di formazione che coinvolgano in primo luogo i dipendenti della Pubblica Amministrazione.

Obiettivi e risultati attesi

- Rafforzamento del livello di coerenza (raccordo) delle programmazioni ICT delle PA con il Piano triennale;
- Promozione e diffusione di modalità e modelli di consolidamento del ruolo dei RTD, anche in forma aggregata presso la PAL.

Attività e linee di intervento

La deadline previsionale prevede la realizzazione degli obiettivi entro il triennio considerato.

2.1.5.8 Governare la Trasformazione Digitale

Contesto

Con il Piano Triennale per l'informatica nella PA, nel corso di questi ultimi anni, visione strategica e metodo sono stati declinati in azioni concrete e condivise, in raccordo con le amministrazioni centrali e locali e attraverso il coinvolgimento dei Responsabili della transizione al digitale che rappresentano l'interfaccia tra AGID e le pubbliche amministrazioni.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) inserito nel più ampio programma Next Generation EU (NGEU) ed in particolare la Missione 1 del PNRR si pone l'obiettivo di dare un impulso decisivo al rilancio della competitività e della produttività del Sistema Paese affidando alla trasformazione digitale un ruolo centrale. Lo sforzo di digitalizzazione e innovazione è centrale in questa Missione, ma riguarda trasversalmente anche tutte le altre.

In questo mutato contesto, obiettivi e azioni del Piano triennale, dunque, non possono che essere definiti e individuati in accordo con le indicazioni del PNRR. Da questo punto di vista, è importante evidenziare che il decreto-legge 31 maggio 2021 n. 77 c.d. "Semplificazioni" (come convertito con la legge n. 108/2021) contiene disposizioni in ordine all'organizzazione della gestione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, definendo i ruoli ricoperti dalle diverse amministrazioni coinvolte nonché le modalità di monitoraggio del Piano e del dialogo con le autorità europee.

Obiettivi e risultati attesi

- Consolidamento del ruolo del Responsabile della transizione al digitale;
- Monitoraggio del piano triennale.

Attività e linee di intervento

La deadline previsionale prevede la realizzazione degli obiettivi entro il triennio considerato.

2.1.6 Programma Aziendale delle azioni della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

A seguito della pandemia Covid-19, che ha profondamente colpito l'intera Nazione evidenziando le significative criticità del nostro sistema, il Governo italiano ha approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per rilanciarne l'economia e promuovere al contempo salute, sostenibilità e innovazione digitale. Il PNRR fa parte del programma dell'Unione Europea noto come Next Generation EU (NGEU), un fondo che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori; e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

All'interno della Missione 6 "Salute":

- *Componente 1 (M6C1) "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale":*
 - Investimento 1.1: "Case della Comunità e presa in carico della persona"
 - Investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina"
 - Investimento 1.3: "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)".
- *Componente 2 (M6C2) "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale":*
 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
 - Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile.

Per l'attuazione di tali obiettivi è stato, quindi, successivamente emanato il DM 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 Giugno 2022, che, definisce modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 - Component 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR, che sono considerate in una ottica più ampia ed integrata anche attraverso l'analisi di strumenti e ruoli trasversali propedeutici al potenziamento dell'assistenza territoriale.

L'obiettivo generale dell'introduzione delle *Case di Comunità (CdC)*, *Ospedale di Comunità (OdC)* e *Centrali Operative Territoriali (COT)* è quello di potenziare i servizi assistenziali territoriali quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento. L'introduzione di tali strutture polivalenti è quindi finalizzata ad erogare ai cittadini, all'interno di un'unica rete assistenziale con il sistema ospedaliero, l'insieme dei Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione. Queste strutture infatti rappresentano dei punti di riferimento per le cure primarie con caratteri di estensività assistenziale e integrano il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale, orientamento alla produttività delle prestazioni, efficienza ed eccellenza.

[Nuovo Modello Per Lo Sviluppo Assistenza Territoriale Secondo Dm 77 Del 23/05/2022](#)

Nel nuovo Modello e standard per lo sviluppo assistenza territoriale, il Distretto Socio-Sanitario è individuato ogni 100.000 ab circa, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

Nella riforma della Medicina Territoriale, il Distretto non è inteso più come sede del governo tecnico ed amministrativo delle reti dei servizi territoriali e dei terzi convenzionati, ma Agenzia di Salute, in grado di affermare il modello di Medicina d'iniziativa in quanto modello assistenziale di prevenzione e gestione delle malattie croniche che, non aspetta il cittadino in ospedale ma lo assiste in modo proattivo. Occorrono nuove competenze digitali, professionali, manageriali e nuovi processi di erogazione delle prestazioni e delle cure.

Questa Azienda ha così individuato 5 Aree Socio-Sanitarie:

AREE
AREA 1: PALERMO
AREA 2: TERMINI - CEFALU' - PETRALIA
AREA 3: PARTINICO - CARINI
AREA 4: BAGHERIA
AREA 5: MISILMERI - LERCARA - CORLEONE

Interventi PNRR di Edilizia Sanitaria

Tipologia di intervento	Comune	Indirizzo	Importo intervento finanziato con PNRR
Case della Comunità	Alimena	Largo Salvatore Calabrese snc	355.275,00 €
Case della Comunità	Aliminusa	Bevaio Secco snc	1.103.161,00 €
Case della Comunità	Bagheria	Federico II, 33	2.173.306,00 €
Case della Comunità	Balestrate	Gilberto, 22	905.485,00 €
Case della Comunità	Bisacchino	Camerano, 2	966.841,00 €
Case della Comunità	Caccamo	Strada Statale 285, snc	3.575.657,00 €
Case della Comunità	Camporeale	Viale delle Betulle, 6	389.360,00 €
Case della Comunità	Capaci	Largo dei Pini, 3	352.988,00 €
Case della Comunità	Carini	Ponticelli, snc	1.480.740,00 €
Case della Comunità	Castroreale di Sicilia	Corso Umberto I, 2	1.248.016,00 €
Case della Comunità	Cefalù	Cda Pietrapollastra, snc	1.775.107,00 €
Case della Comunità	Cerda	Alcide de Gasperi, 2	626.218,00 €
Case della Comunità	Cinisi	Piazza Caduti per la Patria, 1	574.648,00 €
Case della Comunità	Collesano	Cda Croce, snc	342.123,00 €
Case della Comunità	Corleone	Corso dei Mille, 2	694.930,00 €
Case della Comunità	Gangi	Cappuccini .1	1.624.170,00 €
Case della Comunità	Godrano	Roccaforte .7	546.801,00 €
Case della Comunità	Lercara Friddi	Autonomia Siciliana .24	1.988.980,00 €
Case della Comunità	Misilmeri	Alcide de Gasperi .1-2	1.344.372,00 €
Case della Comunità	Monreale	Piazza Ignazio Florio snc	742.510,00 €
Case della Comunità	Montemaggiore Belsito	Maria degli Angeli .44	670.768,00 €
Case della Comunità	Palermo	Gaetano La Loggia .5	5.627.874,00 €
Case della Comunità	Palermo	Messina Marine .60	158.774,00 €
Case della Comunità	Partinico	Piazza Casa Santa snc	3.452.880,00 €
Case della Comunità	Petralia Sottana	Garibaldi, 140	3.617.547,00 €
Case della Comunità	Polizzi Generosa	Vinciguerra, 26	2.055.977,00 €
Case della Comunità	Pollina	Aricella snc	371.607,00 €
Case della Comunità	San Giuseppe Jato	Macello, 2	1.172.597,00 €
Case della Comunità	Santa Flavia	Alcide de Gasperi, 41	1.070.521,00 €
Case della Comunità	Termini Imerese	Ospedale Civico, 10	1.977.713,00 €
Case della Comunità	Trabia	Ettore Majorana snc	1.006.494,00 €
Case della Comunità	Ustica	Largo Gran Guardia, 2	1.021.639,00 €
Case della Comunità	Valledolmo	Stagnone, 35	457.949,00 €
Case della Comunità	Ventimiglia di Sicilia	Piazza Santa Rosalia, 8	428.742,00 €
Case della Comunità	Vicari	Principe Umberto I snc	429.213,00 €
Case della Comunità	Villabate	Corso Vittorio Emanuele 128	469.292,00 €
Case della Comunità	Villafraati	Procida 4	360.467,00 €
Case della Comunità	Lampedusa e Linosa	Grecale 2	5.347.233,00 €
Case della Comunità	Lampedusa e Linosa	Vittorio Alfieri, 13	350.604,00 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Luigi Sarullo, 19	118.514,67 €

Tipologia di intervento	Comune	Indirizzo	Importo intervento finanziato con PNRR
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Luigi Sarullo, 19	118.514,67 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Luigi Sarullo, 19	118.514,67 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Luigi Sarullo, 19	118.514,67 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Gaetano La Loggia, 5	251.986,13 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Gaetano La Loggia, 5	251.986,13 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Gaetano La Loggia, 5	251.986,13 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Gaetano La Loggia, 5	251.986,13 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Gaetano La Loggia, 5	251.986,13 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Gaetano La Loggia, 5	251.986,13 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Gaetano La Loggia, 5	251.986,13 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Valerio Villareale, 23	45.165,80 €
Centrali Operative Territoriali	Palermo	Via Valerio Villareale, 23	45.165,80 €
Ospedale sicuro	Partinico	Via Circonvallazione, 1	4.906.987,00 €
Ospedali di comunità	Lercara Friddi	Francesco Cali snc	2.416.326,00 €
Ospedali di comunità	Palazzo Adriano	Francesco Crispi, 99	767.497,00 €
Ospedali di comunità	Palermo	Papa Sergio I, 5	3.441.844,00 €
Ospedali di comunità	Palermo	Villagrazia, 46	2.577.174,00 €
Ospedali di comunità	Palermo	Luigi Sarullo, 19	4.492.963,00 €
Ospedali di comunità	Palermo	Luigi Sarullo, 19	1.439.553,00 €
Ospedali di comunità	Palermo	Via Luigi Sarullo, 19	1.439.553,00 €
Ospedali di comunità	Petralia Sottana	Contrada Sant'Elia snc	2.599.522,00 €
Ospedali di comunità	Piana degli Albanesi	Odigitria snc	2.094.629,00 €
Ospedali di comunità	Termini Imerese	Ospedale Civico, 10	1.159.708,00 €
TOTALE			82.270.642,06 €

CRONOPROGRAMMA INTERVENTI PNRR

Come da Contratto istituzionale di Sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti tra Ministero della Salute e Regione Sicilia firmato il 30/05/2022 si riportano i milestone e target, relativi alla Case della Comunità, Ospedali di Comunità e COT che, questa Azienda come Soggetto Attuatore è obbligata a rispettare:

Cronoprogramma Case di Comunità

Milestone/Target	Descrizione	Termini di esecuzione
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità	T3 2023
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026

Attività	2022				2023				2024				2025				2026				
	T1	T2	T3	T4																	
1 Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle CdC																					
2 Approvazione Progetti idonei per l'indizione della gara per la realizzazione delle CdC																					
3 Definire con apposito atto normativo la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti dalla Riforma dell'Assistenza Territoriale																					
4 Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)																					
5 Stipula di contratti per la realizzazione delle CdC																					
6 CdC messe a disposizione e dotate di attrezzature																					

Cronoprogramma Cot

Milestone /Target	Descrizione	Termini di esecuzione
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2022
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	T2 2022
Target	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	T4 2022
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2023
Target	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	T2 2023
Target	Centrali operative pienamente funzionanti	T1 2024
Target	Completamento interventi per interconnessione aziendale	T1 2024

Attività'	2022				2023				2024				2025				2026			
	T1	T2	T3	T4																
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Cronoprogramma Ospedali Di Comunità

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023
Target	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026

Attività	2022				2023				2024				2025				2026			
	T1	T2	T3	T4																
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				

Cronoprogramma "Verso Un Nuovo Ospedale Sicuro e Sostenibile"

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione
Milestone	Pubblicazione procedure di gara per interventi antisismici	T1 2023
Target	Completamento degli interventi antisismici nelle strutture	T2 2026

Attività	2022				2023				2024				2025				2026			
	T1	T2	T3	T4																
1 Pubblicazione delle procedure di gara per interventi antisismici																				
2 Sottoscrizione dei contratti da parte delle Regioni																				
3 Avvio Lavori																				
4 Verifica vulnerabilità sismica																				
5 Progettazione																				
6 Esecuzione lavori																				
7 Collaudo																				
8 Completamento degli interventi antisismici nelle strutture																				

Interventi PNRR per l'ammodernamento del parco Tecnologico

Tipologia di intervento/ Apparecchiatura	Presidio Ospedaliero	Comune	Importo intervento finanziato con PNRR
Cone beam	P.O. Dei Bianchi Di Corleone	Corleone	69.514,40 €
Cone beam	P.O. Villa Delle Ginestre	Palermo	69.514,40 €
Densitometro	Pta Palermo Centro	Palermo	44.875,60 €
Densitometro	P.O. Villa Delle Ginestre	Palermo	44.875,60 €
Densitometro	Pta Enrico Albanese	Palermo	44.875,60 €
Ecotomografo	P.O. G.F. Ingrassia	Palermo	69.440,00 €
Ecotomografo	Ex Ipai Di Palermo	Palermo	69.440,00 €
Ecotomografo	Ex Ipai Di Palermo	Palermo	69.440,00 €
Mammografo	Pte Ex Ospedale S. Spirito Di Carini	Carini	229.796,00 €
Mammografo	Poliambulatorio Di Bagheria	Bagheria	229.796,00 €
Mammografo	P.O. Dei Bianchi Di Corleone	Corleone	229.796,00 €
Mammografo	"P.O. ""Salvatore Cimino"" Termini Imerese	Termini Imerese	229.796,00 €
Mammografo	P.O. Partinico	Partinico	229.796,00 €
Ortopantomografo	P.O. Madonna Dell'alto Petralia Sottana	Petralia Sottana	34.757,20 €
Ortopantomografo	Pte Ex Ospedale S. Spirito Di Carini	Carini	34.757,20 €
Ortopantomografo	Palazzo Adriano	Palermo	34.757,20 €
Ortopantomografo	Pta Biondo Di Palermo	Palermo	34.757,20 €
Ortopantomografo	Pta Palermo Centro	Palermo	34.757,20 €
Ortopantomografo	P.O. G.F. Ingrassia	Palermo	34.757,20 €
Ortopantomografo	Pta Guadagna	Palermo	34.757,20 €
Ortopantomografo	Casa Circondariale Pagliarelli Palermo	Palermo	34.757,20 €
Ortopantomografo	P.O. Partinico	Partinico	34.757,20 €
Ortopantomografo	Poliambulatorio Di Lercara Friddi	Lercara Friddi	34.757,20 €
RMN	P.O. G.F. Ingrassia	Palermo	732.242,40 €
TC	P.O. Villa Delle Ginestre	Palermo	429.797,60 €
TC	P.O. G.F. Ingrassia	Palermo	429.797,60 €
Telecomandato	Poliambulatorio Di Lampedusa	Lampedusa	219.416,80 €
Telecomandato	P.O. Dei Bianchi Di Corleone	Corleone	219.416,80 €
Telecomandato	P.O. G.F. Ingrassia	Palermo	219.416,80 €
Telecomandato	P.O. Villa Delle Ginestre	Palermo	219.416,80 €
Telecomandato	Pta Biondo Di Palermo	Palermo	219.416,80 €
Telecomandato	Pta Palermo Centro	Palermo	219.416,80 €
Telecomandato	Casa Circondariale Ucciardone Palermo	Palermo	219.416,80 €
Telecomandato	P.O. Partinico	Partinico	219.416,80 €
Totale			5.325.700,00 €

Tipologia Di Intervento/ Apparecchiatura	Presidio Ospedaliero	Comune	Importo Intervento Finanziato Con PNRR
Service management (itsm) - GF Ingrassia	Ospedaliero G F Ingrassia - Villa delle Ginestre	Palermo	849.136,00 €
Piattaforma applicativa per cartella elettronica cittadino (cce) -Villa delle Ginestre	Presidio Ospedaliero Villa delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo	84.914,00 €
Lavori di realizzazione di network informatico - Villa delle Ginestre	Presidio Ospedaliero Villa delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo	931.664,00 €
Backup - villa delle ginestre	Presidio Ospedaliero Villa delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo	59.658,00 €
Lavori di realizzazione di network informatico - Villa delle Ginestre	Presidio Ospedaliero Villa delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo	97.342,00 €
Altro (software di integrazione e gestione immagini) - GF Ingrassia	Presidio Ospedaliero Villa delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo	424.732,00 €
Piattaforma applicativa per cartella elettronica cittadino (cce) - GF Ingrassia	Presidio Ospedaliero Villa delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo	410.051,00 €
Altri componenti applicativi di base - GF Ingrassia	Presidio ospedaliero g f ingrassia - villa delle ginestre	Palermo	242.610,00 €
Lavori di realizzazione di network informatico - GF Ingrassia	Presidio Ospedaliero Villa delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo	960.758,00 €
Piattaforma applicativa per cartella elettronica cittadino (cce)	Presidio Ospedaliero Giglio	Cefalù	149.146,00 €
Lavori di realizzazione di network informatico	Presidio Ospedaliero Giglio	Cefalù	48.522,00 €
Storage (fisico e virtuale) - Villa delle Ginestre	Presidio Ospedaliero Villa delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo	178.975,00 €
			TOTALE 4.437.508,00 €

2.2 PERFORMANCE

Tale ambito programmatico è predisposto secondo le logiche di *performance management*, di cui al Capo II del Decreto Legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Esso è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di *performance* di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo.

Il Piano della Performance è il documento programmatico triennale che individua gli obiettivi specifici e gli obiettivi operativi e definisce i correlati indicatori e target per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Il Piano costituisce parte integrante del ciclo di gestione della performance (fase di programmazione), con la finalità di:

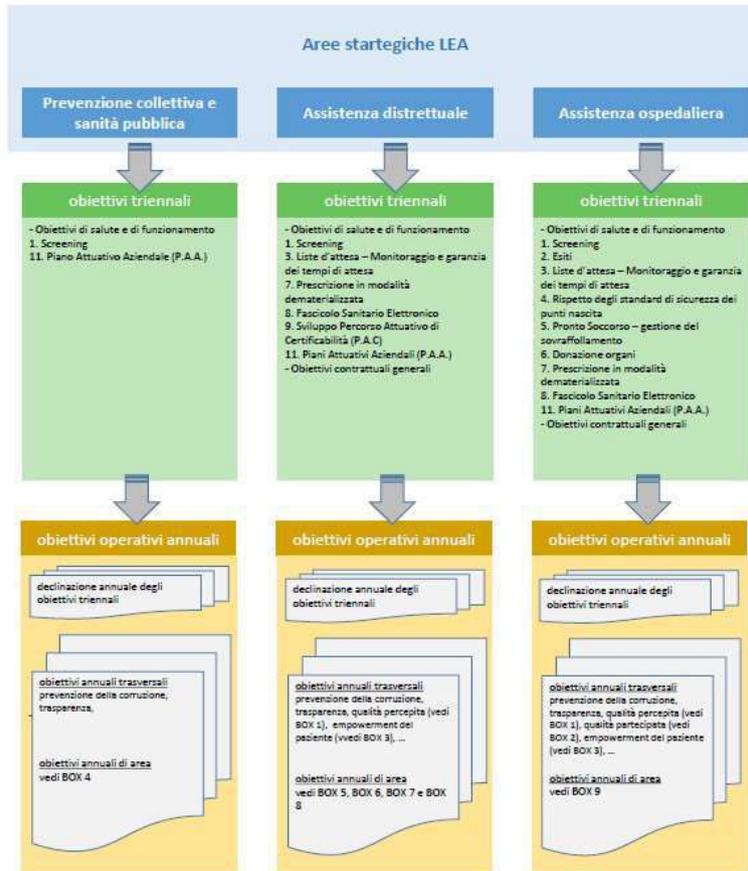
- a) supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico);
- b) migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;
- c) comunicare anche all'esterno (accountability) ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

L'ente si dota anche di un set di indicatori di misura della *performance* per il funzionamento dei processi e delle attività correnti, in modo da poter consentire la valorizzazione del mantenimento dei livelli di *performance* attesi e da garantire nei confronti della comunità di riferimento.

2.2.1 L'Albero della Performance

Dall'analisi dei problemi, minacce ed opportunità del territorio discende l'albero delle priorità strategiche; queste rappresentano gli Obiettivi Generali che costituiscono il cuore del Valore Pubblico dell'Ente.

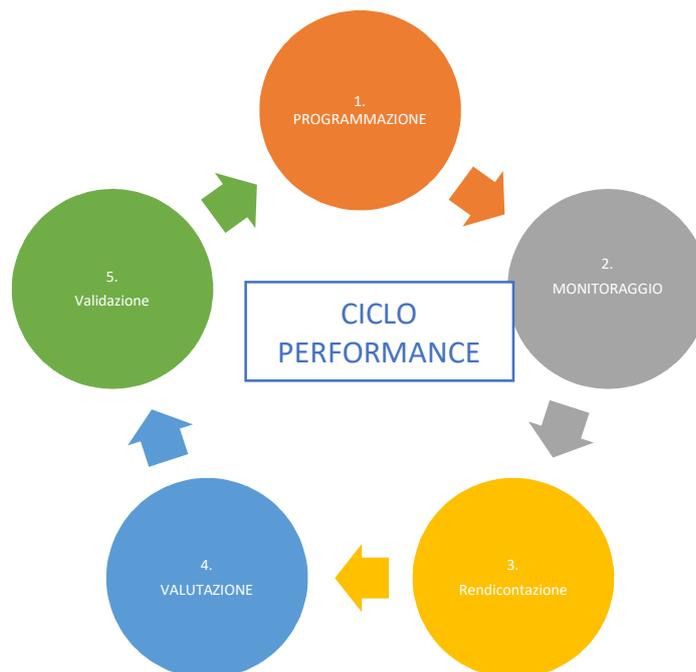
Di seguito viene rappresentato **l'Albero della Performance** che illustra sinteticamente il quadro di riferimento della *performance* dell'ente ed evidenzia, mediante l'articolazione su tre livelli (Aree strategiche LEA – Obiettivi strategici triennali – Obiettivi operativi annuali) il collegamento tra le Strategie e gli obiettivi specifici assegnati alle singole strutture dell'ente.



Albero della Performance dell'Asp di Palermo

2.2.2 Il Ciclo della Gestione della Performance

Le attività di misurazione e valutazione della performance costituiscono una fase del ciclo di gestione della performance, come introdotto dal D. Lgs. n. 150/2009, e che è così articolato:



Per ogni ambito declinato negli obiettivi specifici triennali si associa un'articolazione di obiettivi operativi per l'annualità in corso assegnati alle macrostrutture e alle unità operative complesse, per ciascuno dei quali vengono definiti uno o più indicatori e i valori target da raggiungere nel periodo. Inoltre, sono definiti ulteriori obiettivi annuali per le aree non coperte dagli obiettivi specifici triennali e relativi ad aree di intervento trasversali (prevenzione della corruzione, trasparenza, qualità percepita, qualità partecipata, empowerment del paziente, ...) e ad aree di attività nelle quali si evidenziano spazi di miglioramento, diretto o indiretto, del "benessere" per i destinatari. Gli obiettivi operativi sono definiti e assegnati annualmente e rilevati in apposite schede denominate "schede di budget", che hanno la seguente struttura:

ASP PALERMO

OBIETTIVI BUDGET anno

macrostruttura						
UOC						
N. OBTV	OBETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. * anno	V.R. anno
totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

I report relativi al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, sia per la rendicontazione intermedia sia per la rendicontazione finale dell'anno di riferimento, dovranno poi essere trasmessi agli uffici preposti.

La Direzione Strategica declina gli obiettivi specifici triennali aziendali, individua opportuni obiettivi operativi di budget per l'annualità in corso che assegna alle macrostrutture (Dipartimento – Distretto Sanitario – Distretto Ospedaliero e UU.OO. di Staff) e alle singole strutture complesse.

Nel 2022 le strutture assegnatarie di budget sono le seguenti:

STRUTTURE ASSEGNATARIE DI OBIETTIVI DI BUDGET 2022	Tipo	
	UO	
UU.OO. della Direzione Aziendale		
affendenti alla Direzione Generale		
Coordinamento staff strategico (UOC)	UOC	
Sviluppo e gestione dei progetti sanitari (UOC)	UOC	*
Programmazione, Controllo di Gestione (UOC)	UOC	*
Legale (UOC)	UOC	
Psicologia (UOC)	UOC	
Servizio Prevenzione e Protezione (UOC)	UOC	
affendenti alla Direzione Sanitaria		
Centro gestionale screening (UOC)	UOC	*
Educazione alla Salute Aziendale (UOS)	UOS	
Sorveglianza Sanitaria (UOS)	UOS	
Sistema informativo e statistico (UOS)	UOS	
affendenti alla Direzione Amministrativa		
Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 1 (UOC)	UOC	*
Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 2 (UOC)	UOC	*
Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali area 3 (UOC)	UOC	*
I Dipartimenti Sanitari funzionali		
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE		
Cronicità e percorsi assistenziali (UOC)	UOC	*
Cure primarie (UOC)	UOC	
Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (UOC)	UOC	*
Medicina legale e fiscale (UOC)	UOC	
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA		
Assistenza riabilitativa territoriale (UOC)	UOC	*
Integrazione socio-sanitaria (UOC)	UOC	
Assistenza socio-sanitaria demenze - Centro di riferimento regionale per le demenze (UOC)	UOC	*
DIPARTIMENTO ATTIVITÀ OSPEDALIERE		
Programmazione e monitoraggio attività Ospedaliera area metropolitana provinciale (UOC)	UOC	*
Organizzazione ospedaliera area metropolitana provinciale (UOC)	UOC	*
Ospedalità pubblica e privata (UOC)	UOC	
DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA		
DIPARTIMENTO DI MEDICINA		
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA		
Chirurgia generale - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone (UOSD)	UOS	

Chirurgia generale - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana (UOSD)	UOS
Urologia - P.O. "Civico" di Partinico (UOSD)	UOS
Chirurgia generale - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo (UOC)	UOC
Chirurgia generale - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese (UOC)	UOC
Chirurgia generale - P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	UOC
Otorinolaringoiatria - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese (UOC)	UOC
Ortopedia e traumatologia - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese (UOC)	UOC
Ortopedia e traumatologia - - P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	UOC
I Dipartimenti Sanitari strutturali	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIP
Accreditamento (UOC)	UOC *
Sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva (UOC)	UOC
Igiene degli ambienti di vita (UOC)	UOC
Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale (UOC)	UOC
Laboratorio medico di sanità pubblica (UOC)	UOC
Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (UOC)	UOC
Impiantistica ed antinfortunistica (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO	DIP
Igiene urbana e lotta al randagismo (UOC)	UOC
Sanità animale – Area A (UOC)	UOC
Igiene della produzione degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B (UOC)	UOC
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	DIP
Disturbi del comportamento alimentare ambulatoriale e residenziale (UOC)	UOC *
Modulo 1 (UOC) <i>Misilmeri-Palermo</i>	UOC
Modulo 2 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
Modulo 3 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
Modulo 4 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
Modulo 5 (UOC) <i>Palermo</i>	UOC
Modulo 6 (UOC) <i>Termini Imerese-Bagheria</i>	UOC
Modulo 7 (UOC) <i>Cefalù-Petralia Sottana</i>	UOC
Modulo 8 (UOC) <i>Corleone-Lercara Friddi</i>	UOC
Modulo 9 (UOC) <i>Partinico-Carini</i>	UOC
Dipendenze patologiche (UOC)	UOC
Disturbi dello spettro autistico (UOC)	UOC *
Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	DIP
Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia (UOC)	UOC *
Integrazione farmaceutica ospedale-territorio (UOC)	UOC *
Farmacia ospedaliera (UOC) P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	UOC
DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA FAMIGLIA	DIP
Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Ginecologia e ostetricia (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Pediatria (UOC)	UOC

DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Ginecologia e ostetricia (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Neonatologia (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	DIP
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Laboratorio d'analisi (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Laboratorio d'analisi (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Laboratorio d'analisi (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Anatomia e istologia patologica (UOC)	UOC
Medicina trasfusionale (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	DIP
Integrazione radiologia ospedaliera e territoriale (UOC)	UOC *
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Radiologia (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Radiologia (UOC)	UOC
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	DIP
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Pronto Soccorso (UOC)	UOC *
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Terapia intensiva (UOC)	UOC
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Pronto Soccorso (UOC)	UOC *
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Servizio di Anestesia (UOC)	UOC
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Astanteria (UOC)	UOC *
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Terapia Intensiva (UOC)	UOC
i Distretti Sanitari	
Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)	UOC
Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)	UOC
PTA "Biondo" (UOC)	UOC
PTA "Casa del Sole" (UOC)	UOC
PTA "E. Albanese" (UOC)	UOC
PTA "Guadagna" (UOC)	UOC
PTA "Centro" (UOC)	UOC
i Distretti Ospedalieri	
Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico e P.O. "Dei Bianchi" di Corleone	
P.O. "Civico" di Partinico	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione (UOSDIP) [piede diabetico]	UOS *
Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)	UOC *
Medicina generale (UOC)	UOC
Cardiologia-UTIC (UOC)	UOC
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione (UOC)	UOC *
P.O. "Dei Bianchi" di Corleone	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS

Medicina generale (UOSDIP)	UOS
Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese e P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana	
P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)	UOC *
Medicina generale (UOC)	UOC
P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Medicina generale (UOC)	UOC
Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" e P.O. "Villa delle Ginestre" di Palermo	
P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOC)	UOC
Gastroenterologia ed endoscopia (UOSDIP)	UOS
Screening colon retto (UOSDIP)	UOS *
Medicina generale (UOC)	UOC
Geriatrics (UOC)	UOC
Lungodegenti (UOC)	UOC
Cardiologia-UTIC (UOC)	UOC
P.O. "Villa delle Ginestre" di Palermo	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Unità spinale (UOC)	UOC
Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)	UOC

I Dipartimenti Amministrativi	
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE	DIP
Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane (UOC)	UOC
Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali (UOC)	UOC
Affari generali e convenzioni (UOC)	UOC
Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI (UOC)	UOC *
DIPARTIMENTO RISORSE TECNOLOGICHE, FINANZIARIE E STRUTTURALI	DIP
Bilancio e programmazione (UOC)	UOC
Gestione del patrimonio (UOC)	UOC *
Progettazione e manutenzione (UOC)	UOC
Approvvigionamenti (UOC)	UOC
Gestione informatica aziendale (UOC)	UOC *

* strutture previste nella nuova organizzazione aziendale in corso di attivazione

Di seguito si illustra una sintetica analisi degli obiettivi annuali “trasversali” e per area di attività:

● **Obiettivi in collegamento con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione**

Ai sensi della Legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” l’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo ha approvato ed adottato con Delibera n. 133 del 07/02/2022 il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2022/2024 (PTPC) con la funzione di fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio.

Il PTPC è disponibile sul sito internet dell’ASP alla sezione “Amministrazione Trasparente”, al link:

<https://www.asppalermo.org/pagina.asp?ID=139>

È importante sottolineare che Il PTPC crea un collegamento tra gli obiettivi strategici individuati dall’organo di indirizzo con quelli di performance assegnati agli uffici e il rispetto delle misure di prevenzione della corruzione e l’art. 10, co. 3, del d.lgs. 33/2013 stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali. Al fine di realizzare una efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione e di coordinare il PTPC aziendale con il contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell’azienda, con nota prot. 121 Prev Corr del 22/10/2021 sono stati proposti, per l’anno 2022, al Direttore della U.O.C Controllo di Gestione e al Direttore della U.O.C. Coordinamento Staff Strategico e all’O.I.V gli obiettivi sotto indicati, che sono stati inseriti nel Piano della Performance 2022/2024. Inoltre a seguito del D.L. 80/2021 convertito in legge dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113 quanto sembra descritto è parte integrante del presente PIAO 2022/2024.

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

² In allegato al presente PIAO si riportano gli obiettivi operativi per l’anno 2022 e le relative schede di budget.

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

SUB-OBIETTIVO N. 3 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 50%)	
Intraprendere azioni volte a garantire maggiore trasparenza e la prevenzione della corruzione.	
Descrizione	Ampliamento della Mappatura dei procedimenti/processi mediante l'applicazione dei nuovi criteri di cui all'Allegato 1 del PNA 2019 e tenuto conto delle indicazioni contenute nella norma ISO31000 (Global Compact). Realizzazione della mappatura dei procedimenti/processi di lavoro e individuazione dei correlativi fattori di rischio corruttivo di pertinenza di ciascuna struttura Aziendale.
Indicatore	Individuazione di processi/procedimenti/attività/fasi in seno a ciascuna struttura aziendale; individuazione del valore di priorità del rischio e delle misure generali e specifiche adottate come da allegato al PTPC.
Valori attesi	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'allegato debitamente compilato in ciascuna parte a carico dei Referenti Aziendali
Data inizio/ fine	Entro il 30/06/2022

Per quanto invece attiene la Trasparenza, l'obiettivo inserito nel presente Piano fa riferimento agli obblighi di pubblicazione stabiliti nel PTPC 2022-2024 (allegati anche al presente Piano):

Obiettivo di Trasparenza PUNTI 5 Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2022-2024: obiettivo 3c)
Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2022 – 2024 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

- Obiettivi relativi alla Customer satisfaction

L'Azienda è stata impegnata, negli anni precedenti, nella realizzazione del Programma regionale relativo alla "Misurazione della qualità percepita". Attualmente l'attività si è molto ridotta per l'assenza di nuove formali indicazioni da parte del referente regionale e con la conferma del venir meno del supporto dell'Istituto di Statistica dell'Università di Palermo. Tuttavia, a seguito dei noti eventi connessi con il perdurare della pandemia da Covid-19, si sono verificate notevoli difficoltà nell'acquisire i necessari consensi per l'indagine da parte degli utenti presenti nelle strutture interessate e quindi con una notevole riduzione numerica del campione analizzato. Si è prevista quindi la realizzazione di una apposita interfaccia web che consenta agli utenti di esprimere direttamente online la propria valutazione e "soddisfazione" sui servizi aziendali usufruiti.

- Obiettivi relativi all'Empowerment del paziente

L'attenzione al tema, già introdotto nel 2019, continua nel presente Piano sia per quanto riguarda i Distretti sanitari che le UU.OO. ospedaliere ove possono essere ricoverati pazienti cronici. Tutto questo ha avuto una battuta d'arresto a causa del perdurare della pandemia da Covid 19; i pazienti cronici hanno dovuto rallentare le loro cure ma hanno comunque avuta garantita l'assistenza necessaria anche se in forma ridotta.

L'analisi delle motivazioni che hanno portato all'introduzione degli obiettivi correlati è riportata nel riquadro seguente:

EMPOWERMENT DEL PAZIENTE

Distretti sanitari

Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. L'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Naturalmente durante l'anno 2020/21 le visite ed i controlli si sono ridotti ed hanno prevalso fondamentalmente le urgenze.

Un prerequisito comunque, per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi.

Presidi Ospedalieri

Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Purtroppo però loro hanno subito una forte battuta d'arresto in quanto molti posti letto sono stati utilizzati da pazienti Covid.

Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, anche in questo caso, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.

Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".

- Obiettivi dell'Area Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro

Gli obiettivi di questa area si riferiscono in sintesi allo sviluppo delle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione, agli screening e al Piano attuativo aziendale, inseriti negli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi.

Inoltre, per il miglioramento delle percentuali di adesione per le tre linee di screening oncologici (ca mammella, ca cervice uterina, ca colon retto) secondo i valori target definiti negli Obiettivi di salute e funzionamento dell'Assessorato della salute, si è proceduto all'inserimento di un set di indicatori di processo a seguito di un'analisi approfondita della situazione aziendale come riportato nel riquadro seguente. Si sottolinea nuovamente che per ragioni legate alla pandemia, gli screening sono stati decisamente minori, meno gente invitata a partecipare alla campagna di prevenzione.

SCREENING

Seguendo le indicazioni contenute nella nota n.12/OIV del 4/11/2019, relativa al monitoraggio dell'avvio del ciclo della performance, si è proceduto alla disamina delle criticità in grado di ostacolare o rallentare il raggiungimento degli obiettivi di salute assegnati dall'Assessorato, cercando di individuare, sebbene in maniera non esaustiva, considerate la vastità e la complessità delle attività condotte, i principali "interventi su cui centrare gli obiettivi". Gli Screening oncologici sono interventi di salute pubblica high value, efficaci nel ridurre la mortalità e l'incidenza tumore specifica, e per questo posti tra i Livelli Essenziali di Assistenza. Sono percorsi di qualità dove è essenziale che sia garantita la massima appropriatezza delle azioni e la partecipazione più ampia possibile della popolazione. Tale partecipazione (adesione) è ottenuta tramite continue azioni di miglioramento dei processi miranti all'attrattività delle prestazioni sanitarie proposte, anche in considerazione del fatto che sono rivolte a popolazione asintomatica che aderisce sulla base di complesse dinamiche di natura sociale e culturale, solo parzialmente influenzabili. I Gruppi scientifici nazionali di riferimento, GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico), GISCI (Gruppo Italiano Screening Cervicocarcinoma) e GISCoR (Gruppo Italiano Screening ColonRetto) sotto l'egida dell'Osservatorio Nazionale Screening, organo tecnico del Ministero della Salute, si sono dotati di appositi manuali contenenti gli indicatori di processo e gli standard di qualità a supporto delle verifiche di correttezza e appropriatezza delle azioni proprie dei rispettivi PDTA. I manuali sono consultabili agli indirizzi:

<http://www.ispo.toscana.it/sites/default/files/Documenti/raccomandazioni/IndicatorP/020mammella.pdf>

<http://www.ispatoscana.it/sites/default/files/Documenti/raccomandazioni/Indicatori%20colon.pdf>

http://gisci.it/documenti/documenti_gisci/HPV-indicatori-GISCI-2016.pdf

<http://www.gisci.it/toolbox-implementazione-hpv-primario>

Infine, si torna a rimarcare che la partecipazione consapevole agli screening oncologici da parte della popolazione, è un fenomeno complesso e articolato, dipendente da numerosi fattori sociali non del tutto controllabili, e che necessitano di azioni prolungate e costanti nel tempo di promozione della qualità percepita e di empowerment del cittadino, abitualmente efficaci nel medio-lungo periodo. Pertanto gli obiettivi proposti, sebbene ritenuti basilari, potrebbero avere un effetto limitato nel breve periodo, nell'incrementare l'indicatore relativo al tasso di adesione.

Purtroppo da marzo 2020, non è stato possibile garantire i livelli raggiunti fino a quel momento in quanto con l'inaspettato ed imprevedibile arrivo della pandemia da Covid 19, non è stato possibile proseguire con gli inviti alla popolazione per effettuare gli screening oncologici; solo adesso si è cercato di riprendere una certa regolare attività. Va da sé che la popolazione ha risentito di questa battuta di arresto e l'Azienda spera di recuperare in parte il ritardo che si è avuto vista l'importanza dell'argomento in termini di prevenzione e sanità pubblica.

- Obiettivi dell'Area Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPIA

Gli obiettivi relativi all'Area della Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, trovano poco riscontro negli obiettivi di salute e funzionamento e, pertanto, sono stati implementati a seguito di una analisi aziendale con riguardo a tematiche particolarmente delicate riferite a pazienti fragili e analizzate nel riquadro seguente. Anche questa categoria di pazienti fragili ha subito, in certi casi, uno stop delle loro cure. L'attenzione si è soffermata maggiormente sulla "protezione" di questi pazienti in modo da non incorrere in patologie che avrebbero compromesso la loro salute.

SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NPI

- Revisione Protocollo per la Contenzione in SPDC: La contenzione si attua in SPDC quando sussiste il pericolo di agiti violenti auto ed eterodiretti. E' da considerarsi un intervento assistenziale eccezionale in quanto fortemente restrittivo della libert  individuale. Tale problematica non pu  essere gestita solo nel momento dell'acuzie ma attraverso anche una intensa operazione di prevenzione. Pertanto, lo scopo   quello di dotarsi di un protocollo condiviso fra gli operatori, costantemente aggiornato, che consenta l'applicazione della migliore qualit  esigibile relativamente all'assistenza di persone con condizioni psicopatologiche gravi;
 - Continuit  della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Rif. Decreto Assessorato della Salute 11/09/2015 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalit "): lo scopo   la presa in carico di adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi, attraverso la produzione di un PTI integrato, secondo PDTA, tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento con l'individuazione di un contesto di cura appropriato e meno invasivo;
 - Revisione procedura aziendale "Prevenzione del suicidio in ospedale": Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella rilevante, come dimostrato anche dai dati internazionali e, pertanto,   necessario che negli ospedali vengano adottati strumenti e misure idonee di prevenzione. L'evento suicidio va considerato un fenomeno generale e non solo ospedaliero. Tuttavia va tenuto presente che l'ospedale pu  essere il luogo in cui un paziente decide di suicidarsi. Pertanto, lo scopo   quello di dotarsi di una procedura aggiornata che riguarda tutti i pazienti che si rivolgono all'ospedale per diagnosi e cura. Il suicidio pu  avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a maggiore rischio le aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unit  Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonch  gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio;
 - Monitoraggio procedura aziendale "Prevenzione e Gestione delle cadute della persona assistita": Le cadute rientrano tra gli eventi avversi pi  frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane e/o fragili presentano un maggior rischio di caduta. Pertanto, la procedura aziendale relativa e il suo monitoraggio si pone come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie, della compressione del rischio di tale evento, della appropriata ed efficace gestione del paziente a seguito di caduta;
 - Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP: Uno degli aspetti pi  «rivoluzionari» della Legge 81/2014 non   soltanto la chiusura fisica degli OPG (Ospedale psichiatrico giudiziario) quanto il ritenere che anche le strutture che prendono il loro posto cio  le REMS (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) siano da considerare luoghi da «utilizzare» in via eccezionale ritenendo possibile, quindi, soluzioni alternative individualizzate (PTI) anche in presenza di pericolosit  sociale;
- Miglioramento dell'attivit  assistenziale in SPDC: Lo scopo passa attraverso l'elaborazione ed implementazione di procedura condivise:
- ✓ il Percorso del paziente con integrazione SPDC/servizi Territoriali/strutture riabilitative;
 - ✓ l'uniformit  delle procedure assistenziali nei SERT.;
 - ✓ consulenze specialistiche dei pazienti ricoverati in SPDC.
- Nonch  di una relazione relativa ai seguenti ambiti:
- ✓ Valutazione appropriatezza del setting assistenziale (assistenza ambulatoriale, residenziale, CTA, SPDC)
 - ✓ Monitoraggio effetti collaterali dei farmaci.
 - ✓ Attivazione della NEWS.
 - ✓ Piano di sorveglianza quotidiana personalizzato per i degenti"
- Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo: lo scopo   quello di delineare percorsi diagnostici e riabilitativi che si uniformino a principi e linee-guida largamente condivisi dalla comunit  scientifica nazionale ed internazionale, attuare nell'ambito della nostra ASP conformemente a quanto accade nel territorio regionale, che in atto risulta carente, sia in merito alla capacit  di rilevare il "bisogno" dell'utenza specifica, che in merito all'"offerta" di idonei protocolli diagnostici e riabilitativi.
 - Disturbi specifici di apprendimento (DSA). Applicazione L. 170/2010: La legge 170 tutela il diritto allo studio dei ragazzi dislessici e d  alla scuola un'opportunit  per riflettere sulle metodologie da mettere in atto per favorire tutti gli studenti, dando spazio al loro vero potenziale in base alle loro peculiarit . Pertanto, la UOC di NPIA deve rispondere con puntualit  alle segnalazioni da parte delle scuole di alunni con sospetto DSA, valutando e verificando la diagnosi.
- Anche per il paziente psichiatrico, il Covid 19 ha portato degli scombussolamenti in quanto inevitabilmente la presenza del personale con mascherina o "l'obbligo" della mascherina per il paziente ha portato ad un maggiore disorientamento. Particolare cautela ci deve essere nell'approccio ad un paziente in stato di agitazione e/o con comportamenti aggressivi durante la degenza ospedaliera o in Pronto Soccorso; occorre un livello di protezione maggiore da parte degli operatori (mascherina FFP2/3, camice monouso, visiera,..) che pu  agire da trigger con i pazienti e quindi devono essere messe in atto tutte le possibili strategie di rassicurazione e di de-escalation in modo tempestivo e generalizzato (*Indicaz.*

Ministero della Salute n.0014314 del 23/04/2020).

Nei confronti di tutti i pazienti ricoverati va effettuata un'attività di informazione relativamente al rispetto rigoroso delle norme di prevenzione (Indicaz. Ministero della Salute n.0014314 del 23/04/2020).

Va attuata una sorveglianza sanitaria giornaliera dei pazienti ricoverati in SPDC attraverso la rilevazione della temperatura corporea e della presenza di sintomi imputabili al Covid 19.

● Obiettivi dell'Area Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale

Gli obiettivi relativi all'Area Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale si riferiscono per la maggior parte agli obiettivi di salute e funzionamento.

In particolare, per l'obiettivo relativo agli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa, nel presente Piano è stato inserito un set di obiettivi/indicatori finalizzati all'analisi delle criticità e alle azioni di miglioramento per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, riportato nel riquadro seguente.

La restrizione dell'accesso ai servizi di ricovero, ambulatoriali e di screening, non urgenti o differibili, causata dalla ingravescente diffusione dell'epidemia da Virus SARS COV 2, sta determinando un eccessivo allungamento delle liste di attesa, che rischia di compromettere le prognosi dei pazienti affetti da patologie non COVID 19, e di determinare un grave peggioramento dei principali indicatori di esito, costituendo una grave minaccia per il SSR.

Per tale motivo, nonostante l'attuale recrudescenza del quadro epidemico, il recupero delle prestazioni non erogate ed appropriate rappresenta una priorità di salute pubblica che richiede l'individuazione di nuove strategie e l'attivazione di misure straordinarie, da integrare agli interventi già previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019 - 2021, ferma restando l'assoluta necessità di dover continuare a garantire, nel piano emergenziale di rimodulazione dell'offerta, la rigorosa applicazione di tutte le misure di prevenzione e controllo SARS-COV-2 previste dalle norme nazionali e regionali.

A tal fine, L'Assessorato Regionale della Salute, con DA 26/10/2020 ha approvato il Piano operativo per il recupero delle liste di attesa della Regione siciliana previsto dall'art. 29, comma 9, del D.L. n. 104 del 2020, convertito con legge n.126 del 2020, mentre il Piano Operativo Aziendale è in fase di definizione.

PRGLA / PORLA

Per l'attuazione interventi per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale sono stati previsti i seguenti obiettivi:

- Monitoraggio della congruenza fra prestazioni prenotabili e prestazioni prenotate prendendo in considerazione le ore attivate con le conseguenti azioni correttive di miglioramento
- Rimodulazione dell'offerta. Al fine di garantire un sistema di offerta congruo con i comportamenti dell'utenza, è necessario prevedere un piano di revisione dell'offerta stessa sulla base delle informazioni dedotte dal sistema di monitoraggio e da analisi mirate sul livello di efficienza delle singole agende
- Verifica dell'appropriatezza delle richieste delle prestazioni specialistiche con il coinvolgimento dei MMG in ogni Distretto di pertinenza;
- Monitoraggio di eventuali inefficienze o ritardi organizzativi negli ambulatori specialistici.
- Puntualità della trasmissione dei dati trimestrali alla UOC Cure Primarie
- Azioni specifiche per il governo del fenomeno della ""prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente. In particolare bisogna verificare per ciascuna agenda quale sia il ""tasso di non presentazione -drop out-" rispetto al piano di lavoro, al fine di individuare situazioni in cui sia necessario riprogrammare l'offerta in modo da superare casi di maggiore criticità. Tale rimodulazione include il ricorso all'overbooking e/o possibili riconfigurazioni delle sessioni ambulatoriali attraverso l'individuazione di soluzioni adeguate in risposta alle criticità riscontrate (concentrazioni di un numero identico di prestazioni garantite in più sessioni in un'unica sessione, raggruppamento di prestazioni nei giorni della settimana caratterizzati da un minor tasso di non presentazione, ecc)."
- Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)

Per quanto riguarda il Piano Operativo Aziendale per il recupero delle liste di attesa, questo prevedrà obiettivi relativi a:

- numero di prestazioni recuperate specificando setting assistenziale (ricovero, ambulatoriale, screening), priorità cliniche, tipologia di prestazione.

- interventi del PRGLA per il governo della domanda e/o dello offerta attuati o potenziati
- misure straordinarie ex art. 29 D.L. 104/2020 utilizzate:
 - prestazioni aggiuntive articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza dipendente del Servizio sanitario nazionale,
 - prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale
 - assunzioni a tempo determinato di personale
 - incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna,
 - incremento dei tetti di spesa vigenti per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati (2 per cento).
- costi sostenuti rispetto a quanto prospettato nel piano finanziario del Piano operativo aziendale di recupero delle liste

Le malattie croniche e soprattutto le relative complicanze assorbono, nei Paesi Occidentali, l'80% - 85% dei costi sanitari e, come evidenzia l'OMS, provocano l'86% dei morti. Il SSN, il SSR e le Aziende Sanitarie sono chiamate a definire un piano delle priorità capace di assicurare il miglioramento degli esiti delle cure oltre al contenimento dei costi. L'ASP di Palermo ha costituito un apposito gruppo di lavoro interdisciplinare per l'attivazione del percorso informatizzato del paziente affetto da patologia cronica e/o cronica-degenerativa.

Pertanto gli obiettivi relativi a tale ambito, riportati nel riquadro seguente potranno essere soggetti a rimodulazione in esito allo sviluppo dell'analisi in corso.

PERCORSI ASSISTENZIALI PER PAZIENTI CON PATOLOGIE CRONICHE

Il miglioramento dell'integrazione tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere nell'ambito delle patologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva), passa attraverso il consolidamento e il monitoraggio della dimissione facilitata che ha presentato negli anni passati un comportamento disomogeneo tra i vari distretti. Le patologie oggetto dell'obiettivo sono patologie croniche la cui presa in carico dalle strutture territoriali può ridurre le fasi di scompenso e riacutizzazione e quindi migliorare l'outcome e ridurre il ricorso a ricoveri ripetuti. L'obiettivo perseguito dai distretti sanitari aziendali per migliorare l'integrazione ospedale-territorio per le patologie croniche target è rappresentato dalle segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata da parte dei Presidi ospedalieri aziendali ed extra-aziendali, per i quali si effettua da parte dello sportello del paziente cronico del distretto il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica, al fine di attivare la presa in carico territoriale.

- Obiettivi dell'Area Integrazione socio-sanitaria

Per l'area integrazione socio-sanitaria, oltre ad aver attribuito gli obiettivi di PAA dell'Area 3 di competenza, sono stati elaborati, in continuità con il 2021, obiettivi annuali con riferimento alla presa in carico dei pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio e Residenza sanitaria assistita-territorio, come da analisi riportata nel riquadro seguente.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'UOC integrazione sociosanitaria ha quale obiettivo di rilievo e comune a tutte le attività proprie della UOC quello di ottimizzare i percorsi di cura nel campo della "fragilità" in senso lato e della "non autosufficienza" in particolare. A tal fine, il percorso di Integrazione Ospedale-Territorio attualmente esistente nell'ASP di Palermo con il circuito "Dimissioni Protette e Facilitate" migliora e ottimizza l'assistenza al paziente, in relazione ai suoi bisogni ed al tipo di patologia, nel passaggio dalla fase acuta (ospedalizzazione) alla fase sub-acuta e/o cronica (domicilio, rete dei servizi socio-sanitari). Tale modello persegue varie finalità, quali:

- ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto ed evitando ospedalizzazioni protratte;
- utilizzare al meglio le risorse esistenti all'interno del sistema Ospedale-Territorio e favorire un più congruo utilizzo dell'Assistenza territoriale (ADI, RSA, Hospice);

- permettere una maggiore conoscenza dell'offerta di prestazioni socio-sanitarie ed un miglior utilizzo dei percorsi in relazione ai bisogni;
 - diffondere la cultura dell'approccio "olistico" al paziente secondo il modello biopsico-sociale e della valutazione multidimensionale;
 - promuovere modalità di educazione alla salute nei pazienti e nei loro familiari incoraggiando un loro ruolo partecipativo anche nella erogazione dell'assistenza;
 - creare un punto unico di riferimento per le Dimissioni Ospedaliere che consenta di realizzare il collegamento fra le UU.OO. ospedaliere, i Distretti/PTA, le UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) le strutture residenziali e semiresidenziali, i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) ed i Servizi Sociali del Comune. Tale compito investe ben 14 Uffici Territoriali operanti in ogni presidio Ospedaliero dell'ASP e delle Aziende Ospedaliere limitrofe collegati con le 14 UVM dei PTA/Distretti dell'ASP ivi incluse le attività di programmazione, coordinamento e verifica della UOC, secondo il modello "a rete" dell'assistenza territoriale dell'ASP.
- Ancora più evidente è stata dai primi mesi dell'anno la difficoltà per questo tipo di attività con l'arrivo della pandemia. Inevitabilmente c'è stata una battuta d'arresto nell'organizzazione, nell'assistenza e nel facilitare il percorso per questi pazienti fragili.

- Obiettivi dell'Area Assistenza Ospedaliera

Per la definizione degli obiettivi annuali 2022 dell'area ospedaliera, oltre alla declinazione degli obiettivi di salute e funzionamento (Screening, Esiti, Liste d'attesa, Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita, Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento, Donazione organi, Prescrizione in modalità dematerializzata, Fascicolo Sanitario Elettronico, PAA), si è proceduto a partire dal 2019 a una approfondita analisi degli indicatori di attività e delle criticità nelle UU.OO. ospedaliere per l'individuazione di obiettivi di miglioramento come riportato nel riquadro seguente.

AREA OSPEDALIERA

In generale le dimensioni del miglioramento per le quali sono stati individuati obiettivi/indicatori/target sono tre:

- Miglioramento o mantenimento dei livelli di attività: degenza media, tasso di occupazione, peso medio DRG personalizzati per ciascuna struttura;

- Miglioramento dell'attività assistenziale attraverso:

per le UO di degenza

✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta.

✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina.

✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva

✓ Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana;

✓ Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario;

✓ Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera

per le UO di pronto soccorso

✓ Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore

✓ Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore

✓ Dimissioni verso strutture ambulatoriali

✓ Riduzione delle consulenze per paziente

✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute della Famiglia.

- Miglioramento organizzativo degenza attraverso:

✓ Individuazione di modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi;

✓ Garanzia del un numero preordinato di posti letto, dell'area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio;

✓ Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate;

✓ Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12.

2.2.3 IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

Premessa

Il Piano Triennale di Azioni Positive ha lo scopo di promuovere all'interno delle organizzazioni aziendali l'attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità per sostenere condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione.

L'art.48, comma 1, del D.Lgs 11/04/2006, n.198 prevede che il Piano delle azioni positive deve essere adottato sentendo il parere del CUG e delle OO.SS. rappresentative. Il CUG uscente, costituito con delibera n. 20 del 17/08/2017 e n. 801 del 20/08/2020 ha, tuttavia, concluso il proprio mandato in data 26/08/2021, ed, in atto, si è in attesa di costituzione del nuovo Comitato Unico di Garanzia da parte della Direzione Aziendale.

Per tali ragioni, nel nuovo "Piano Triennale Azioni Positive 2022/2024" si ripropongono gli obiettivi del precedente piano in attesa della costituzione del nuovo CUG e della conseguente validazione del Piano stesso.

Normativa di riferimento

Il Piano Triennale delle Azioni Positive (di seguito PTAP) dell'ASP Palermo per il triennio 2021/2023 propone e valuta le buone pratiche e le azioni istituzionali miranti a promuovere la cultura della sicurezza, del benessere e del contrasto alle discriminazioni ed alla violenza di genere in azienda.

Infatti a partire dalla normativa comunitaria, la Legge italiana ha accolto la Raccomandazione 84/635/CEE del Consiglio europeo del 13 dicembre 1984 al fine di promuovere azioni positive a favore delle donne, riconosce e garantisce il sostegno alle "Azioni positive", intendendo, con tale espressione, tutte quelle iniziative finalizzate a rimuovere gli ostacoli che, di fatto, impediscono la realizzazione di pari opportunità tra uomini e donne.

Merita una menzione l'articolo 7 comma 1 del D.lgs n. 165/2001 "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*" secondo cui le PP.AA. garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le PP.AA. garantiscono, altresì, un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno.

Le azioni positive, introdotte dalla Legge 10 aprile 1991, n.125 e disciplinate dagli artt. 44 e ss. del D.lgs. n. 198/2006 "*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna*", hanno rappresentato una svolta fondamentale nelle politiche orientate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomo e donna, a formare una cultura della differenza di genere, a promuovere l'occupazione femminile, a realizzare nuove politiche dei tempi e dei cicli di vita e a rimuovere la segregazione occupazionale orizzontale e verticale. Inoltre l'art. 48 del D.lgs. n. 198/06, ha imposto alle PP.AA. la predisposizione di Piani di Azioni Positive, di durata triennale, per affermare l'effettiva diffusione paritaria delle opportunità, nel presupposto che valorizzare le differenze rappresenta un fattore di qualità dell'azione amministrativa e, pertanto, attuare le pari opportunità significa innalzare il livello dei servizi con la finalità di rispondere con più efficacia ed efficienza ai bisogni delle cittadine e dei cittadini.

Infatti, sempre l'articolo 48 stabilisce che le PP.AA. devono predisporre il PTAP tendendo ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. Detti piani, fra l'altro, al fine di promuovere l'inserimento delle donne nei settori e nei livelli professionali nei quali esse sono sottorappresentate, ai sensi dell'articolo 42, comma 2, lettera d), favoriscono il riequilibrio della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussiste un divario fra generi non inferiore a due terzi.

In generale il Piano individua le misure specifiche per eliminare in un determinato contesto le forme di discriminazione eventualmente rilevate con "azioni positive" che ai sensi dell'articolo 42 del medesimo D.lgs. n. 198/2006 hanno in particolare lo scopo di:

1. Eliminare le disparità nella formazione scolastica e professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
2. Favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento scolastico e professionale e gli strumenti della formazione;
3. Favorire l'accesso al lavoro autonomo ed alla formazione imprenditoriale e la qualificazione professionale delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici;
4. Superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo;
5. Promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sotto rappresentate e in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
6. Favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari professionali ed una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi, oltre a valorizzare il contenuto professionale delle mansioni a più forte presenza femminile.

L'art. 8, co. 1, lettera h), del D.Lgs. n. 150/2009 di *"Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"*, stabilisce che al sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa debba essere collegato anche al raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

La CIVIT (oggi ANAC) con Delibera n. 22/2011 ha fornito indicazioni relative allo sviluppo dell'ambito delle pari opportunità nel ciclo di gestione della performance. Il documento fornisce indicazioni relative allo sviluppo delle pari opportunità, ambito espressamente previsto dal citato art. 8, co. 1, lett. h) del D.Lgs. n. 150/2009 ed è suddiviso in due parti: a) pari opportunità nel ciclo di gestione della performance; b) approfondimenti.

La finalità della prima parte è quella di illustrare il quadro generale, che costituisce una guida per le amministrazioni, delineando innanzitutto le dimensioni principali che definiscono il concetto di pari opportunità. Una volta chiariti gli oggetti dell'analisi e le relative definizioni, viene illustrata una metodologia generale utile ad integrare l'analisi di sensibilità rispetto alle pari opportunità nei processi di pianificazione. In tal modo è possibile sviluppare le pari opportunità sia nel sistema di misurazione e valutazione della performance sia nel piano della performance (e, successivamente, nella fase di rendicontazione). Infine, viene illustrato un percorso di maturità utile alle amministrazioni per analizzare il relativo stadio di partenza e la possibile direzione e azioni future da intraprendere.

Nella seconda parte, in linea con il quadro generale, vengono sviluppati quattro approfondimenti.

Con la Direttiva n.2 del 26 giugno 2019 del Ministero per la P.A. *"Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche"*, sono definite le linee di indirizzo volte ad orientare le amministrazioni pubbliche in materia di promozione della parità e delle pari opportunità, ai sensi del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, recante *"Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"*, valorizzazione del benessere di chi lavora e contrasto a qualsiasi forma di discriminazione. In particolare il punto 3.2 della suddetta direttiva richiama i *"Piani triennali di azioni positive"* ribadendo che la promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti ormai indispensabili per rendere l'azione amministrativa più efficiente e più efficace. In ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance.

Successivamente al fine di promuovere il benessere organizzativo, anche a causa dell'emergenza sanitaria che ha comportato per le pubbliche amministrazioni il ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha provveduto a pubblicare le *"linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance"* con la finalità di fornire indicazioni metodologiche circa le modalità di lavoro agile da utilizzare in modo ordinario e non esclusivamente in fase emergenziale. Inoltre all'interno delle suddette linee guida si fa riferimento alle nuove disposizioni in materia

di lavoro agile in vigore a decorrere dal 19 Luglio 2020, previste dall'articolo 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'articolo 263 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34.

In altre parole il POLA è lo strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo, e differisce dalla programmazione degli obiettivi delle strutture e degli individui in lavoro agile. Quest'ultimi andranno inseriti nelle ordinarie sezioni del Piano della *performance* o nelle schede individuali come indicato nelle Linee guida 1/2017.

A seguito dell'introduzione del D.L. 80/2021 convertito in legge dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, il PTAP viene inserito all'interno della sezione 2: Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione del PIAO.

II CUG

L'articolo 57 del D.lgs n. 165/2001 prevede che le pubbliche amministrazioni costituiscono al proprio interno il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" e che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Successivamente con l'art. 21 della legge 183 del 4 novembre 2010 sono stati attribuiti al CUG compiti propositivi, consultivi e di verifica al fine di favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorare l'efficienza delle prestazioni anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e contrastare qualsiasi forma di discriminazione e di violenza per i lavoratori. La recente promulgazione della Direttiva n.2/2019 del 26 giugno 2019 del Ministero per la Pubblica Amministrazione "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" (che sostituisce la direttiva 23 maggio 2007 e aggiorna alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva 4 marzo 2011) ha consolidato il ruolo dei CUG all'interno delle pubbliche amministrazioni in modo da rivestire un ruolo centrale al fine di:

- assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità, prevedendo e contrastando ogni forma di violenza fisica e psicologica, di molestia e di discriminazione diretta ed indiretta;
- ottimizzare la produttività del lavoro pubblico migliorando le singole prestazioni lavorative;
- accrescere la performance organizzativa dell'amministrazione nel suo complesso, rendendo efficiente ed efficace l'organizzazione anche attraverso l'adozione di misure che favoriscano il benessere organizzativo e promuovano le pari opportunità ed il contrasto alle discriminazioni.

Il CUG, come stabilito nella citata Direttiva n. 2/2019 del 26 giugno 2019, esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica. In particolare:

- *funzione propositiva*: predisposizione di Piani di azioni positive volti a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing e disagio organizzativo, all'interno dell'amministrazione pubblica;
- *funzione consultiva*: svolge un'azione di prevenzione delle potenziali situazioni di discriminazione in quanto chiamato a formulare pareri sui progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza, sui piani di formazione del personale, sulle forme di flessibilità lavorativa.
- *funzione di verifica*: relazionare annualmente in ordine allo stato di attuazione del PTAP, sul monitoraggio degli incarichi conferiti sia al personale dirigenziale che a quello non dirigenziale, sulle indennità e posizioni organizzative al fine di individuare eventuali differenziali retributivi tra uomini e donne.

Come detto in premessa, in atto si è in attesa della costituzione del nuovo Comitato Unico di Garanzia da parte della Direzione Aziendale.

Il Piano delle azioni positive 2022/2024

La promozione delle pari opportunità necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, che rappresentano gli strumenti necessari per rendere l'azione amministrativa più efficiente e più efficace.

Quanto proposto è finalizzato alla promozione ed attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche di gestione del personale.

L'Azienda redige il PTAP 2022/2024 in attesa di validazione da parte del nuovo CUG (ad oggi non ancora costituito). Il suddetto documento costituisce un nuovo passo relativamente al percorso di maturità, in ottica di pari opportunità, che l'Azienda si è posta quale traguardo da raggiungere, come rappresentato nella tabella seguente "il percorso di maturità in ottica di pari opportunità":

Stadio Evolutivo	Caratteristiche
Stadio 0	(Requisiti minimi previsti dal D.lgs. 150/2009) Pochi obiettivi e indicatori, prevalentemente di <i>input</i> , processo e <i>output</i> , relativi a specifiche aree delle pari opportunità. Inclusione solo di aspetti (in particolare, il bilancio) di genere e con una prospettiva prevalentemente interna. Processo con essenziale livello di partecipazione e basilare analisi di sensibilità.
Stadio 1	Insieme significativo di obiettivi e indicatori, tra cui anche quelli di <i>outcome</i> per le pari opportunità. Inclusione, oltre al genere, di ulteriori dimensioni di pari opportunità, in una prospettiva prevalentemente interna. Processo con significativa partecipazione di <i>stakeholder</i> interni ed esterni, adeguata analisi di sensibilità.
Stadio 2	Ottimale individuazione degli indicatori relativi alle pari opportunità con prevalente orientamento <i>all'outcome</i> . Completo sviluppo di tutte le dimensioni delle pari opportunità, sia nella prospettiva interna sia esterna. Processo consolidato con partecipazione a tutti i livelli, ottimale coinvolgimento degli <i>stakeholder</i> interni ed esterni, analisi di sensibilità interiorizzata dall'amministrazione. Lo sviluppo delle pari opportunità è una cultura organizzativa consolidata.

Il PTAP 2022/2024 si pone il traguardo di confermare l'avanzamento allo stadio 0 e successivamente di poter programmare il prossimo step relativo allo Stadio 1, in quanto la situazione pandemica per Covid-19 ha stravolto e condizionato tutta l'Organizzazione e tutte le esigenze primarie di salute della popolazione, non consentendo nel triennio precedente il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Obiettivi e azioni del PTAP 2022-2024

Nel rispetto delle disposizioni della Direttiva n. 2/2019 del 26 Giugno 2019, e successive disposizioni, il PTAP 2022-2024 individua i seguenti obiettivi generali con relative azioni da sviluppare, che saranno tradotti in Piani di azione da parte degli attori coinvolti:

Obiettivo 1: Valutazioni e bilancio delle risorse umane.

Al fine di individuare gli ambiti di intervento prioritari per la progettazione di azioni positive è necessario che l'amministrazione effettui periodicamente una raccolta di dati relativi al personale, anche disaggregati per genere ed età: questo infatti è un passo necessario per conoscere la situazione di fatto di un'organizzazione rispetto alle pari opportunità e per realizzare interventi mirati alla promozione del benessere lavorativo e alla rimozione degli ostacoli che eventualmente ancora si frappongono alla piena valorizzazione delle differenze di cui ciascun individuo è portatore nell'organizzazione.

Azioni: <ol style="list-style-type: none"> 1. Raccolta ed analisi delle fonti informative aziendali; 2. Realizzazione del quadro rappresentativo del personale con la ripartizione per genere; 3. Individuazione delle criticità (in relazione al genere ed all'età) e delle conseguenti azioni positive da porre in essere per il miglioramento. Costi: Nessuno Attori coinvolti: CUG e Dipartimento delle Risorse Umane Output: Redazione delle statistiche sul personale ripartite per genere ed età da parte del Dipartimento delle Risorse Umane; analisi dei dati, individuazione delle criticità e delle conseguenti azioni positive da parte del CUG.	2022	2023	2024
--	------	------	------

Obiettivo 2: Miglioramento del benessere organizzativo e stress lavoro correlato

Azioni: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi dei report relativi alla valutazione oggettiva e soggettiva sul benessere organizzativo e stress lavoro (verifica delle macrostrutture che presentano maggiori criticità, verifica di eventuali profili professionali che presentano delle criticità, analisi delle problematiche rappresentate, ...) e restituzione ai dipendenti dei risultati emersi; 2. Individuazione azioni di miglioramento da porre in essere nel biennio 2023-2024; 3. Pubblicizzazione "Punto di ascolto per il rischio stress lavoro correlato" (allocato presso la UOC Psicologia) rivolto al personale aziendale attivo; Costi : Nessuno Attori coinvolti: CUG, SPP, UOC Psicologia e referenti sportello d'ascolto. Output: Report e relazione a cura del CUG sulle azioni suddette.	2022		
Azioni: <ol style="list-style-type: none"> 4. Realizzazione di azioni di miglioramento individuate sulla base dell'analisi effettuata nel 2022; 5. Giornate formative dedicate ai direttori delle strutture aziendali in tema di benessere organizzativo e strumenti per il miglioramento dello stesso. Costi: Nessuno Attori coinvolti: CUG, SPP, UOC Psicologia, UOS Formazione. Output: Relazione a cura del CUG sulle azioni suddette.		2023	2024

Obiettivo 3: Sensibilizzazione contro le discriminazioni

<p>Azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione di tavoli di lavoro per Formazione/Eventi/Informazione su tematiche delle pari opportunità, sulla prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione (CUG, UOS Formazione, UOC Psicologia); 2. Moduli formativi obbligatori sul contrasto alla violenza di genere in tutti i corsi di gestione del personale organizzati (UOS Formazione); 3. Iniziative di diffusione dell'uso di termini non discriminatori in tutti i documenti di lavoro (relazioni, circolari, decreti, regolamenti, ecc.) e nella comunicazione verbale (CUG); 4. Proposta revisione Codice di Comportamento e Codice Etico con riguardo al tema delle pari opportunità (RPC, CUG). <p>Costi: da quantificare Attori coinvolti: CUG, UOS Comunicazione e informazione, Dipartimento delle Risorse Umane, UOC Psicologia, UOS Formazione, RPC Output: Relazione a cura del CUG sulle azioni suddette.</p>		2023	2024
--	--	------	------

Obiettivo 4: Equilibrio di genere nel conferimento degli incarichi

<p>Azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisione dei Regolamenti aziendali per il conferimento degli incarichi di struttura ove si espliciti che nell'effettuare la scelta del dirigente da nominare deve tenersi conto del principio di pari opportunità; 2. Nell'atto di nomina deve essere riportata la dichiarazione che nell'effettuare la scelta del dirigente da nominare si è tenuto conto del principio di pari opportunità; <p>Costi: Nessuno Attori coinvolti: Dipartimento delle Risorse Umane Output: Modifica Regolamento.</p>		2023	2024
--	--	------	------

Obiettivo 5: Favorire politiche di conciliazione tra i tempi di lavoro professionale ed esigenze di vita privata e familiare.

<p>Azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aggiornamento dell'"Opuscolo al personale sui temi delle opportunità per le madri e per i padri (informazioni relative ai provvedimenti normativi volti a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro)" relativo ai provvedimenti normativi volti a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti dell'ASP di Palermo (già redatto dal Dipartimento Risorse Umane e consultabile sul sito aziendale); 2. Verifica delle condizioni della convezione con ECONIDO (nido privato ubicato all'interno del complesso ASP di via La Loggia a Palermo) per i dipendenti ed eventuale aggiornamento (CUG); 3. Valutazione di eventuali convenzioni con asili nido e strutture scolastiche private dell'intera Provincia di Palermo; 4. Valutazione di eventuali convenzioni con Aziende di servizi pubblici di trasporto per l'utilizzo di Mezzi Pubblici e/o Parcheggi zona blu a pagamento; 5. Valutazione di eventuali convenzioni con Enti di formazione per corsi di lingua Inglese; 6. Indagine sulla adesione/gradimento da parte dei dipendenti alla creazione di servizi aziendali di supporto alla genitorialità, aperti durante i periodi di chiusura scolastica, per i figli di età 4-12 anni (CUG); <p>Costi: Da quantificare Attori coinvolti: CUG, Dipartimento Risorse Output: circolare per il reinserimento del personale post assenza di lungo periodo, opuscolo informativo per le madri e per i padri, proposta convezione con ECONIDO a condizioni migliorative, risultati indagine per servizi aziendali di supporto alla genitorialità.</p>		2023	2024
---	--	------	------

Obiettivo 6: Servizi di Welfare aziendale per il benessere psicofisico dei dipendenti			
<p>Azione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Creazione di un gruppo di lavoro per lo studio di fattibilità di corsie preferenziali con medici specialisti per problematiche quali menopausa, andropausa, diabete, ipertensione e comunque a supporto del benessere psicofisico dei dipendenti; 2. Individuazione dei medici specialisti da coinvolgere; 3. Valutazione di eventuali convenzioni con il CONI e/o con palestre private dell'intera Provincia di Palermo; <p>Costi: da quantificare</p> <p>Attori coinvolti: CUG, Poliambulatori dei Distretti con i Dirigenti Medici specialisti in Ginecologia, Urologia/Andrologia, Cardiologia, Ematologia dei Presidi Ospedalieri ASP, UOC Psicologia, UOS Comunicazione ed Informazione, Dipartimento Prevenzione Protezione, UOC Affari Generali e Convenzioni.</p> <p>Output: costituzione del gruppo di lavoro per la valutazione ed eventuale realizzazione di corsie ambulatoriali preferenziali (definizione del percorso multidisciplinare dedicato, ricognizione delle risorse professionali ed economiche, allocazione, ecc.).</p>	2023	2024	
<p>Azione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Attivazione delle corsie professionali ambulatoriali specializzati a supporto del benessere psicofisico dei dipendenti; 5. Report annuali sull'attività ambulatoriale dedicato ai dipendenti da inviare al CUG; 6. Attivazione delle eventuali convenzioni con CONI e palestre private dell'intera Provincia di Palermo; 7. Indagine sull'adesione/gradimento da parte dei dipendenti ed analisi annuale a fine anno dei dati. <p>Costi: da quantificare</p> <p>Attori coinvolti: CUG, Poliambulatori dei Distretti con i Dirigenti Medici specialisti in Ginecologia e Urologia/Andrologia, Presidi Ospedalieri ASP, UOC Psicologia, UOS Comunicazione ed Informazione, Dipartimento Prevenzione Protezione, UOC Affari Generali e Convenzioni.</p> <p>Output: Stesura relazione sull'opportunità di attivazione delle corsie professionali ambulatoriali specializzati e delle eventuali convenzioni con CONI e palestre private dell'intera Provincia di Palermo. Report ed analisi a fine anno dei dati.</p>			2024

Obiettivo 7: Garanzia delle pari opportunità nelle commissioni di concorso.			
<p>Azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nella nomina delle commissioni sarà garantita la presenza di almeno un terzo di componenti di sesso femminile come previsto dall'art. 57, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n.165/2001 e s.m.i.; 2. Dipartimento Risorse Umane invia il provvedimento di nomina della commissione di concorso, entro tre giorni, al CUG, che, qualora ravvisi la violazione delle disposizioni contenute nell'art. 57, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n.165/2001 e s.m.i., ne fa segnalazione al Direttore Amministrativo per i provvedimenti consequenziali. <p>Costi: nessuno</p> <p>Attori coinvolti: Dipartimento Risorse Umane, CUG, Direttore Amministrativo</p> <p>Output: Report annuale riportante l'elenco di tutti gli atti di nomina delle commissioni di concorso con la data di invio al CUG (Dipartimento Risorse Umane); Report delle eventuali segnalazioni effettuate dal CUG al Direttore Amministrativo per violazione della garanzia delle pari opportunità nelle commissioni di concorso (CUG)</p>	2022	2023	2024

Obiettivo 8: Potenziamento e miglioramento della sezione dedicata al CUG del sito aziendale ASP Palermo, al fine di rendere fruibile le relative informazioni.

<p>Azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Revisione del Regolamento di funzionamento del CUG in coerenza con la Direttiva 2/2019; 4. Studio dell'interfaccia della sezione dedicata al CUG del sito aziendale ASP Palermo; 5. Caricamento di un documento informativo aggiornato circa il ruolo e le funzioni del CUG destinato ai dipendenti aziendali, lo stesso dovrà essere diffuso con ogni mezzo all'interno dell'organizzazione aziendale; 6. Caricamento della documentazione sia normativa, sia studi sui temi pari opportunità, del benessere organizzativo, della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro; <p>Costi: da quantificare Attori coinvolti: CUG, UOS Comunicazione ed Informazione Output: sezione dedicata al CUG aggiornata</p>		2022	2023
--	--	------	------

Obiettivo 9: Piano formativo rivolto ai componenti del CUG sui temi delle pari opportunità, del benessere organizzativo, della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

<p>Azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Predisporre un piano formativo in collaborazione della UOS Formazione; 2. Individuare enti di corsi formativi riconosciuti rivolti ai componenti del CUG; 3. Selezionare corsi formativi sulle tematiche pari opportunità, del benessere organizzativo, della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. <p>Costi: da quantificare Attori coinvolti: CUG, UOS Formazione Output: 2023/2024 Pianificazione dei corsi; 2023/2024 realizzazione corsi</p>		2023	2024
--	--	------	------

Obiettivo 10: raccordo con i CUG di altre Aziende Sanitarie

<p>Azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prendere contatti con i CUG di altre Aziende Sanitarie/Regione; 2. Organizzare una giornata conoscitiva tra i componenti CUG al fine di poter realizzare una serie di incontri su diverse tematiche affrontante all'interno della propria azienda al fine di condividere le varie esperienze sui temi pari opportunità, del benessere organizzativo, della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro; 3. Partecipazione alle attività (incontri, convegni, ...) organizzati dal CUG e/o dalla Consigliera pari opportunità Regione Sicilia <p>Costi: Da quantificare Attori coinvolti: CUG Output: coinvolgimento di altri CUG</p>		2023	2024
--	--	------	------

Aggiornamenti e monitoraggio

Gli obiettivi relativi alla sottosezione relativa al PTAP 2022-2024 hanno durata triennale. Le azioni positive descritte verranno, pertanto, attuate nel periodo di validità dello stesso. Il Piano sarà oggetto di monitoraggio, revisione ed eventualmente aggiornato con nuove azioni, al fine di rendere possibili le modifiche e gli adeguamenti che dovessero rendersi necessari.

Con appositi provvedimenti deliberativi si procederà annualmente all'aggiornamento del Piano Triennale di Azioni Positive sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che potranno emergere, a seguito delle proposte del CUG. L'Amministrazione monitorerà sull'attuazione delle azioni sopra indicate in collaborazione con il CUG a cui è demandato il compito di verifica sulla realizzazione delle stesse e che proporrà misure idonee a garantire il rispetto dei principi fissati dalla legislazione vigente, così come specificato nella Direttiva N.2/2019 del 26 giugno 2019 del Ministro per la Pubblica amministrazione e del sottosegretario delegato alle Pari Opportunità "Misure per promuovere le Pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche".

Il CUG, ai sensi della Direttiva n.2/2019 (sez. 1 –punto 3.2.) deve presentare, entro il 30 marzo, agli organi di indirizzo politico-amministrativo una relazione sulla situazione del personale dell'ente di appartenenza

riferita all'anno precedente, contenente una apposita sezione sull'attuazione del PTAP triennale che deve essere trasmessa anche all'Organismo indipendente di Valutazione (OIV) e rileva ai fini della valutazione della performance organizzativa complessiva dell'amministrazione.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

In questa sottosezione, predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione, dal Responsabile della trasparenza e dal Gestore delle Segnalazioni Sospette, sulla base degli obiettivi strategici definiti dall'organo di indirizzo, viene indicato come l'ente individua, analizza e contiene i rischi corruttivi connessi alla propria attività istituzionale.

Il ciclo di gestione del rischio adottato è coerente con quanto indicato nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) 2019 e più in generale nella legge n. 190 del 2012 e, per quanto concerne la trasparenza, nel D.Lgs. n. 33 del 2013.

Altresì una specifica parte è dedicata al sistema dell'antiriciclaggio considerato che, in continuità con quanto disposto in passato, anche l'attuale emanando Piano Nazionale Anticorruzione 2022 dedica specifica attenzione alla prevenzione dei fenomeni di riciclaggio e terrorismo. Ed invero, lo Schema di PNA attualmente visionabile, espressamente prevede che: *“nella stessa ottica si pongono le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd. decreto antiriciclaggio). Tali presidi, al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi come strumento di creazione di valore pubblico, essendo volti a fronteggiare il rischio che l'amministrazione entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali. Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale”*.

Valutazione di impatto del contesto esterno

Secondo quanto riportato nel Manuale buone pratiche e strumenti anticorruzione per il settore sanitario, redatto nell'ambito del progetto europeo Unhealthy Health System, con lo scopo di fornire un «primo soccorso» pratico agli addetti del settore che si trovino a dover fronteggiare fenomeni di corruzione, frode o, più genericamente, sprechi di risorse, la corruzione in sanità rimane un fenomeno ampiamente oscuro in termini quantitativi, ma i suoi effetti sono evidenti.

Negli anni recenti, la Corte dei Conti ha rilevato che in sanità “si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo” e che “il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzativa e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività”.

Secondo l'Eurobarometro sulla corruzione del 2013 il 4% degli italiani dichiara di aver pagato delle mazzette per accedere a un servizio sanitario, contro la media UE del 5%.

La sanità è uno dei settori della pubblica amministrazione più importanti e quindi più esposti al rischio di attenzioni e condizionamenti da parte della criminalità organizzata in ragione di un insieme di specificità che sono fisiologiche al settore stesso e che inevitabilmente la rendono di particolare interesse per le organizzazioni criminali.

La sanità è oggetto di particolare interesse per la criminalità perché:

- è un settore che gestisce ingenti risorse economiche e in quanto tale può essere terreno anche di operazioni di varia natura (dal riciclaggio di denaro all'aumento del giro di affari, dallo sbocco occupazionale al controllo dei territori);
- le organizzazioni mafiose hanno bisogno di instaurare rapporti con ambienti in grado di facilitare il collegamento con settori importanti dell'apparato statale e della politica, di cui necessitano per proteggere ed allargare i loro interessi.

Le caratteristiche di cui sopra costituiscono l'essenza dei rischi a cui è esposta la sanità nei confronti della criminalità e più in generale dell'illegalità e della corruzione.

Nel settore sanitario la lotta alla corruzione e il contrasto al fenomeno delle infiltrazioni della criminalità organizzata hanno l'obiettivo di consolidare il perseguimento di fini istituzionali, garantendo alla popolazione la fruizione di servizi relativi a diritti fondamentali e recuperando le legittime aspettative e la fiducia della cittadinanza rispetto al Sistema Sanitario Nazionale. 113 Una moderna strategia di contrasto alla corruzione è perciò la prima azione concreta per prevenire l'infiltrazione della criminalità organizzata e deve puntare, fra l'altro, a:

- promuovere fra gli operatori una più chiara percezione dei rischi, troppo spesso sottovalutati o addirittura ignorati;
- sostenere comportamenti di lealtà verso l'azienda;
- riconoscere il valore delle attività di cura svolte dalle aziende sanitarie;
- sottolineare l'importanza di un buon clima aziendale, capace di rendere le persone orgogliose del proprio lavoro e di crescere professionalmente.

L'obiettivo è intervenire in quegli ambiti che possono trasformarsi in terreno fertile per la cattiva amministrazione e, quindi, per le infiltrazioni criminali.

In Italia, negli ultimi anni la spesa per l'acquisto di beni e servizi nella sanità si è assestata sui 32-34 miliardi di euro annui, pari a circa il 30% della spesa complessiva sostenuta dallo Stato per il SSN. A livello percentuale, si colloca al secondo posto dopo la spesa per il personale dipendente.

I maggiori appetiti illeciti si concentrano in questo settore, che oltre a presentare i "normali" rischi di corruzione legati agli appalti pubblici, detiene alcune particolarità legate soprattutto alle caratteristiche specifiche richieste dai prodotti o dai servizi. Le principali problematiche sorgono nella fase di scelta del contraente che nella fase di esecuzione del contratto.

L'introduzione del Patto di Integrità tra Amministrazione Pubblica ed Imprese partecipanti alle gare induce entrambe le parti a conformare i propri comportamenti ai principi di Lealtà, Trasparenza e Correttezza.

L'azione moralizzatrice nei confronti dei concorrenti nelle gare di appalto si attua attraverso una serie di comportamenti che contribuiscono a coltivare e a far crescere una "nuova cultura di impresa" dove la stessa, proprio per la natura bilaterale del rapporto che si instaura con l'Amministrazione interagisce per soddisfare le esigenze della cittadinanza.

L'adozione del Patto di Integrità passa attraverso alcuni passaggi fondamentali:

- l'inserimento di specifiche clausole relative alla sottoscrizione del Patto di Integrità in tutti i bandi di gara di opere pubbliche.
- la sottoscrizione obbligatoria del Patto di Integrità da parte di tutte le imprese partecipanti alle gare di opere pubbliche e dei dirigenti preposti allegare.

Il Patto di Integrità, pertanto, rappresenta un allegato delle domande di partecipazione presentate in sede di gara.

La reciprocità dell'obbligazione di conformare la rispettiva condotta ai principi di correttezza etica scaturisce dalla convinzione che la P.A. non deve porsi in una posizione privilegiata e la prima azione che deve essere intrapresa riguarda la totale trasparenza delle azioni pubbliche di gara tramite pubblicazione sul portale degli avvisi di gara, dei bandi integrali di gara, dei relativi esiti di gara, di tutte le date delle sedute di gara successive a quella di apertura prevista nel bando, nonché dei progetti completi di tutti gli allegati (relazioni, planimetrie, ecc..).

È fondamentale che l'adozione del patto di integrità non rimanga cosa nota solamente all'interno dell'ente appaltante, ma che cittadinanza, imprese, associazioni di categoria siano messe a conoscenza della decisione dell'ente, così da inviare immediatamente un messaggio positivo alle imprese buone e, dall'altra parte, scoraggiare le imprese cattive che intendono approfittarsene.

I risultati dell'annuale studio sulla percezione della corruzione di *Transparency International*, pubblicati il 23 gennaio 2020, registrano un leggero miglioramento dell'Italia.

L'Indice di percezione della corruzione vede l'Italia al 51° posto nel mondo, due posizioni più su rispetto all'anno precedente e ben 18 posizioni più su rispetto al 2014 (quando non era ancora nata l'Autorità Nazionale Anticorruzione).

Passando poi a considerare il fenomeno del riciclaggio e dei reati affini, quale ambito che interessa l'agire pubblico, è da dire che per il correlato sistema di prevenzione, gli uffici delle Pubbliche amministrazioni sono chiamati a svolgere un importante ruolo.

Detto ruolo è stato attivato "fin dal 1991, quando il decreto-legge 3 maggio 1991, n. 143, convertito con legge 5 luglio 1991, n. 197, ha posto a loro carico, fra l'altro, obblighi di identificazione e di segnalazione di operazioni sospette. Attualmente i loro doveri in ambito antiriciclaggio sono individuati dall'articolo 10 del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, come modificato, da ultimo, dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 90. Nonostante la previsione sia risalente, il contributo delle Pubbliche amministrazioni al contrasto del riciclaggio è sempre stato estremamente esiguo. Solo alcuni enti si sono mostrati più sensibili, soprattutto in questi ultimi anni, e hanno avviato, anche in collaborazione con la UIF, alcune opportune iniziative. Nel suo complesso, invece, l'apparato amministrativo non appare ancora adeguatamente coinvolto così che restano ancora oggi valide le osservazioni formulate dal Comitato di Sicurezza Finanziaria nel Risk Assessment del 2014 secondo le quali "...il settore non ha in generale consapevolezza di un proprio possibile ruolo. [...] È una vulnerabilità non di poco conto se si pensa alla rilevanza del fenomeno della corruzione ovvero alla presenza di ambiti fortemente appetibili per la criminalità (appalti o finanziamenti pubblici)" ³.

L'ordinamento italiano in materia si è sviluppato in coerenza con gli standard internazionali e le direttive europee. La cornice legislativa antiriciclaggio è rappresentata dal decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, che ha recepito le direttive europee in materia (2005/60/CE, (UE) 2015/849, (UE) 2018/843) e, per i profili di contrasto del finanziamento del terrorismo e dell'attività di Paesi che minacciano la pace e la sicurezza internazionale, dal decreto legislativo 22 giugno 2007, n. 109. Questi testi normativi sono stati modificati, da ultimo, dal decreto legislativo 4 ottobre 2019, n. 125, recante alcuni interventi correttivi e disposizioni di recepimento della quinta direttiva antiriciclaggio (2018/843). Ulteriori modifiche al regime dell'utilizzo del contante sono state apportate dal decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157.

Va detto che il sistema di prevenzione del riciclaggio si fonda sulla collaborazione tra operatori, autorità amministrative, organi investigativi e autorità giudiziaria, mostrando evidenti connessioni con l'area dei fenomeni corruttivi.

Infatti, dal rapporto Annuale 2019 dell'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (Roma maggio 2020) è stato evidenziato che nel 2019 tutti gli ambiti di attività della UIF hanno registrato una ulteriore crescita. Le segnalazioni di operazioni sospette ricevute dai soggetti obbligati sono aumentate, sfiorando le 106.000 unità. Inoltre è stata avviata la raccolta e l'analisi delle comunicazioni oggettive; si è intensificata la collaborazione con le Financial Intelligence Unit estere, con le autorità nazionali e con la Magistratura. Sono andati a regime gli scambi sistematici di informazioni con la Procura Nazionale Antimafia.

Un particolare impegno hanno richiesto i contributi agli sviluppi delle regole antiriciclaggio internazionali, europee e nazionali; è stata portata a compimento una impegnativa riforma organizzativa.

L'11 settembre 2019 è stato siglato il nuovo Protocollo d'intesa tra la UIF e l'ANAC finalizzato a proseguire la collaborazione avviata con il precedente Protocollo del 2014. Le due autorità si sono impegnate a realizzare, nell'esercizio delle rispettive funzioni istituzionali e nel rispetto dei reciproci vincoli di riservatezza, scambi informativi utili a individuare specifici fattori di rischio connessi con fenomeni corruttivi ovvero suscettibili di pregiudicare il corretto funzionamento dei presidi anticorruzione e antiriciclaggio nella Pubblica amministrazione. In base al Protocollo, l'ANAC fornisce alla UIF il proprio contributo per

³ Così tratto da "Quaderni dell'Antiriciclaggio- Le Pubbliche amministrazioni nel sistema di prevenzione del riciclaggio"- settembre 2022 di Banca D'Italia-UIF (<https://uif.bancaditalia.it/pubblicazioni/quaderni/2022/quaderno-19-2022/index.html>).

l'individuazione e l'aggiornamento di indicatori e schemi di anomalia, con particolare riferimento ai settori maggiormente esposti al rischio di riciclaggio e corruzione, e può comunicare all'Unità informazioni ricevute con le segnalazioni dei c.d. *whistleblowers* (nel rispetto dei principi di tutela dell'anonimato) ovvero acquisite nell'ambito della propria attività di controllo.

Nei primi mesi del 2020, la pandemia del Covid-19 ha determinato il crollo dell'attività produttiva ed ha accresciuto i rischi di infiltrazioni criminali nei mercati di finanziamento alle imprese, negli appalti pubblici, nella società civile.

Il 16 aprile 2020 la UIF ha emanato una Comunicazione per la prevenzione dei fenomeni di criminalità finanziaria connessi con l'emergenza da Covid-19. Nel contesto degli interventi pubblici finalizzati a sostenere persone e imprese in difficoltà, la Comunicazione invita ad agire in maniera coesa prevenendo possibili effetti distortivi e preservando l'integrità dell'economia legale. I soggetti tenuti a intercettare le situazioni sospette sono quindi chiamati a prestare attenzione ad alcuni profili di rischio, al fine di mantenere alto il livello e la qualità della collaborazione attiva.

Oltre a tener conto dei fattori straordinari (in particolar modo la citata pandemia da Covid-19) che hanno potuto o che potranno condizionare, quali fattori esterni, il sistema dell'antiriciclaggio deve considerare anche l'area geografica nell'ambito della quale l'Amministrazione esercita la sua azione. A tal riguardo va evidenziato che in base all' "Analisi nazionale dei rischi di riciclaggio di denaro e di finanziamento del terrorismo elaborata dal Comitato di sicurezza finanziaria" la provincia di Palermo sconta un livello di rischio medio.

Valutazione di impatto del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo. Essa è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione. Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

Articolazione della struttura organizzativa della Azienda e competenze:

L'articolazione della struttura organizzativa è stata approvata con deliberazione n. 81 del 21.01.2020 unitamente all'atto aziendale ed è pubblicata sul sito aziendale, nell'opportuna sezione prevista.

In ordine alla sistema dell'antiriciclaggio giova evidenziare che questa Azienda ha assunto un ruolo attivo nel garantire la piena operatività dei meccanismi che l'ordinamento (in particolare con il D. Lgs. n. 231/2007) ha apprestato in funzione di prevenzione.

In particolare, fondamentale è il ruolo attribuito alla Direzione, quale organo di indirizzo (fornisce, tra l'altro, direttive ad hoc), supervisione e controllo nonché proattivo nel sistema della formazione dell'antiriciclaggio (assicura che il Piano Formativo Aziendale comprenda attività formativa specifica). Altresì è essenziale il contributo dato alla prevenzione dell'antiriciclaggio da parte dei Responsabili delle Strutture principalmente interessate da operazioni potenzialmente sospette. Questi ultimi, in base a specifici indicatori, devono individuare i casi rilevanti da segnalare al Gestore delle Segnalazioni Antiriciclaggio.

Il Gestore delle Segnalazioni Antiriciclaggio (GSA), nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 720 del 12.05.2022 è organo di collegamento tra l'Azienda e l'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia, posta presso la Banca d'Italia, ed esercita le funzioni ed i poteri specificamente previsti nel Regolamento Aziendale. Il GSA opera in sinergia con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione atteso le affinità e la possibile convergenza di compiti.

Rilevante, poi, è la vigenza di un apposito Regolamento Aziendale per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 459 del 13.09.2019.

Mappatura dei processi

Al fine di identificare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi, l'Ente ha avviato la mappatura dei processi, secondo quanto previsto dall'ANAC e ribadito nel PNA 2019. Tale mappatura è stata realizzata attraverso apposita tabella inviata ai referenti aziendali per la relativa compilazione, ai quali è stata richiesta l'individuazione dei processi trattati in seno a ciascuna struttura loro afferente, le misure generali specifiche adottate e/o da adottare, al fine di neutralizzare e ridurre il rischio di corruzione, il cui coefficiente è stato ottenuto utilizzando la tabella di cui al PNA 2019 e successive modifiche ed integrazioni.

Il risultato di tale mappatura è stato pubblicato nel sito aziendale, unitamente al PTPCT vigente, nell'apposita sezione prevista "Amministrazione Trasparente", al cui contenuto si rimanda integralmente.

Con particolare riguardo al sistema dell'antiriciclaggio si evidenzia che lo stesso trova la sua attuazione nell'ambito di un percorso di mappatura, valutazione e mitigazione dei rischi di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo che si affianca e sovrappone⁴ a quello della prevenzione della corruzione, sebbene resta fermo che questa Azienda, come ogni altra Amministrazione, è potenzialmente in grado di intercettare casistiche di riciclaggio anche in ambiti tradizionalmente non esposti a rischi corruttivi.

Per vero, "se il riciclaggio agisce in continuità con la corruzione, consentendo di godere i frutti di quest'ultima, allo stesso modo i sistemi di prevenzione, agendo in modo integrato, possono realizzare un circolo virtuoso a beneficio dell'integrità e legalità dell'economia e dell'azione pubblica: la prevenzione della corruzione contribuisce infatti a ridurre il rischio di riciclaggio, mentre quella antiriciclaggio, ostacolando il reimpiego dei proventi della corruzione, ne accresce il costo e i rischi, rendendola meno vantaggiosa"⁵.

In data 02 settembre 2022 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il GSA hanno richiesto il complemento del processo di mappatura del rischio di riciclaggio.

La mappatura dei processi, rilevanti ai fini della prevenzione dei fenomeni criminali connessi al riciclaggio (e reati affini), da effettuarsi valutando le caratteristiche soggettive, i comportamenti e le attività dei soggetti interessati ai procedimenti amministrativi, già avviata, è stata preceduta dall'individuazione di specifici responsabili dei procedimenti da parte del Responsabile/Direttore della Struttura interessata (Dipartimento, Distretto, U.O.C. ecc.) cui compete il procedimento mappato.

Resta fermo che entro il 30 settembre di ogni anno, la predetta individuazione deve essere confermata unitamente alla comunicazione degli eventuali necessari aggiornamenti dei nominativi già segnalati.

Giova evidenziare che il processo di mappatura è stato e sarà accompagnato dall'individuazione di apposito percorso informativo e formativo che interessa tutto il personale direttamente coinvolto.

In particolare in base al comma 5 dell'articolo 10 del Decreto Legislativo n.231 del 21 novembre 2007, questa Azienda si è attivata per adottare, nel quadro dei programmi di formazione continua del personale (realizzati ex art. 3 del d.lgs. 1° dicembre 2009, n. 178), misure idonee ad assicurare il riconoscimento, da parte dei propri dipendenti, delle fattispecie meritevoli di essere comunicate alla UIF.

Ciascun Responsabile di Struttura Aziendale cui afferisce il personale interessato dall'applicazione della normativa antiriciclaggio ha il dovere di garantire che il personale dipendente (in primis i relativi responsabili di procedimento) sia adeguatamente formato. L'inosservanza degli obblighi previsti dall'articolo 10 del decreto antiriciclaggio, sopra citato, assume rilievo ai fini della responsabilità dirigenziale di cui all'articolo 21, comma 1-bis, del d.lgs. n. 165/2001.

⁴ La scelta, di per sé legittima è in qualche modo suggerita dal previgente DM del 25 settembre 2015.

⁵ Così tratto da "Quaderni dell'Antiriciclaggio- Le Pubbliche amministrazioni nel sistema di prevenzione del riciclaggio"- settembre 2022 di Banca D'Italia-UIF (<https://uif.bancaditalia.it/pubblicazioni/quaderni/2022/quaderno-19-2022/index.html>).

A tal riguardo è di rilievo evidenziare che con nota prot. n.143801 del 27.07.2022, la Direzione Amministrativa, come previsto dall'articolo 5 lett. b) del Regolamento aziendale (cfr. Delibera del Direttore Generale n 00459 del 13/09/2019), ha predisposto ogni utile atto affinché il Piano Formativo Aziendale assicuri la formazione del personale interessato tenendo conto di quanto segue:

- che sia prevista una formazione specifica che coinvolga direttamente gli attori principali del sistema di prevenzione dell'antiriciclaggio (i Direttori /Responsabili delle strutture aziendali interessate; il Direttore dell'U.O.C. Contabilità Generale e Gestione Tesoreria, il Gestore delle Segnalazioni, i responsabili dei procedimenti);
- che sia prevista una formazione generale che interessi gli altri dipendenti dell'Azienda.

Inoltre, nel corso del primo semestre del 2023 è previsto lo svolgimento di un apposito evento formativo che coinvolgerà tutto il personale direttamente interessato dall'applicazione della disciplina dell'antiriciclaggio che vedrà la diretta partecipazione di esperti del settore (UIF, Forze dell'ordine con competenza in materia finanziaria).

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

I rischi individuati nel vigente PTPCT e le relative misure generali e specifiche adottate sono:

- Rischi risultanti da comportamenti di "maladministration";
- Rischi riguardanti le attività connesse alla Gestione delle entrate, delle spese;
- Rischi che riguardano la gestione del Patrimonio;
- Rischi riguardanti le attività connesse alla vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni;
- Rischi inerenti la attività correlate ai Contratti Pubblici;
- Rischi per gli acquisti autonomi e proroghe contrattuali;
- Rischi nell'ambito degli Appalti di importo inferiore alla soglia di € 40.000;
- Rischi derivanti dalla inosservanza dei Patti di integrità;
- Rischi derivanti dalla inosservanza dell'art.35-bis del D.Lgv. n.165/2001 introdotto dall'art. 1, comma 46, legge n. 190 del 2012;
- Rischi concernenti le procedure per la risoluzione delle controversie, nomina degli arbitri;
- Rischi concernenti le procedure riguardanti le nomine/conferimenti incarichi e permanenza degli incarichi;
- Rischi derivanti dalla mancata attuazione della rotazione ordinaria e straordinaria;
- Rischi derivanti dalla mancata attuazione della formazione;
- Rischi correlati all'inosservanza delle norme in materia di comunicazione di interessi finanziari, conflitti di interesse, incompatibilità ed inconfiribilità, divieto di *pantouflage*;
- Rischi derivanti da rapporti contrattuali con privati accreditati;
- Rischi derivanti da rapporti fra l'amministrazione e i soggetti aventi rilevanza economica;
- Rischi derivanti dall'esercizio dell'attività libero professionale;
- Rischi nell'ambito del governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale *intramoenia*;
- Rischi derivanti da attività riguardanti l'ambito farmaceutico, dispositivi e altre tecnologie di ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Rischi correlati alla ripartizione dei proventi derivanti da sperimentazioni cliniche;
- Rischi derivanti da contratto di Comodati d'uso/valutazione "in prova";
- Rischi derivanti da attività connesse ai decessi in ambito intro-ospedaliero;
- Rischi derivanti dai processi di privatizzazione e esternalizzazione di funzioni, attività strumentali e servizi pubblici;
- Rischi correlati alla inosservanza delle norme in materia di antiriciclaggio;
- Rischi correlati alla inosservanza delle norme in materia di trasparenza;
- Rischio del doppio finanziamento e rischi derivanti dal mancato trattamento dei conflitti di interesse e dai mancati controlli per la prevenzione delle frodi, della corruzione nell'ambito della gestione dei fondi del PNRR.

L'analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio. Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico graduato, in analogia con quanto previsto dal P.N.A.

Per quanto riguarda l'individuazione del coefficiente di rischio, si rimanda a quanto previsto nella mappatura dei processi effettuata da ciascun referente aziendale, pubblicata nell'apposita sezione prevista "Amministrazione Trasparente".

In ordine ai rischi in materia di antiriciclaggio al netto dell'attuale percorso di valutazione in corso d'attuazione, si ritiene che gli stessi siano identificabili nell'ambito delle aree di cui all'articolo 10, comma 1 lett. a); b) e c) del Decreto legislativo del 21.11.2007 n. 231.

In particolare, ai sensi del citato art. 10, co. 1, del D.Lgs. 231/2007, i doveri di comunicazione antiriciclaggio si applicano agli uffici delle pubbliche amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito di:

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

L'11 aprile del 2022, l'UIF ha diramato una Comunicazione avente ad oggetto "l'Informazione finanziaria per l'Italia prevenzione di fenomeni di criminalità finanziaria connessi con l'emergenza da COVID-19" contenente specifiche linee di comportamento per prevenire fenomeni di antiriciclaggio.

A prescindere dal contesto di riferimento colà richiamato, si ritiene che quanto contenuto in detta Comunicazione possa risultare utile e necessario al fine di identificare ambiti di rischi ulteriori ed agevolare, quindi, l'adempimento degli obblighi derivanti dall'applicazione delle disposizioni vigenti in materia di antiriciclaggio nei settori di interesse. Di rilievo per questa Azienda sono state le indicazioni relative a:

1. le cessioni dei crediti che vanno "considerati i rischi connessi con: i) l'eventuale natura fittizia dei crediti stessi; ii) la presenza di cessionari dei crediti che pagano il prezzo della cessione con capitali di possibile origine illecita; iii) lo svolgimento di abusiva attività finanziaria da parte di soggetti privi delle prescritte autorizzazioni che effettuano plurime operazioni di acquisto di crediti da un'ampia platea di cedenti";

2. agli "illeciti connessi con le forniture di prodotti medicinali o dispositivi di protezione [anomalie sintomatiche] possono essere rappresentate dalla presenza di società che offrono servizi di intermediazione nel settore sanitario, allorché questa attività non rientri nel relativo oggetto sociale ovvero vi sia stata inclusa di recente o se i volumi delle commissioni ricevute dalle società fornitrici (usualmente estere) non appaiano coerenti con il fatturato dei precedenti esercizi";

3. al rischio "di infiltrazioni criminali che si annida sia nei tentativi di accaparramento delle provvidenze e commesse pubbliche sia nell'interesse a gestire direttamente o indirettamente imprese operanti in settori economico-produttivi oggi più attrattivi o in crisi a causa della pandemia. In proposito, nel richiamare i fattori di cui alla Comunicazione della UIF del 16 aprile 2020, va considerato che presentano vulnerabilità accentuate il già citato comparto dei presidi medico-sanitari[...];

4. comparto sanitario pubblico e privato, ove "la progressiva diffusione dei vaccini potrebbe determinare l'insorgere di interessi economici da parte di gruppi criminali e quindi di tipologie di illeciti [.....] quali manovre speculative, fenomeni corruttivi, condotte fraudolente o distrattive con riferimento al commercio di vaccini, delle loro componenti, di test per la rilevazione di positività al virus o di falsi medicinali. Ad analoghi rischi rimangono esposte le imprese produttrici, distributrici o di servizi legati alla sanificazione ambientale".

La predetta comunicazione è stata resa disponibile alle Macrostrutture interessate con direttiva aziendale prot. n. ASP-0184335-2022 del 27/09/2022.

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio e monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure⁶

Il monitoraggio sui settori ritenuti a rischio e sulle relative misure adottate è svolto da parte dei Referenti Aziendali, i quali periodicamente redigono e trasmettono al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, una relazione delle attività e dei procedimenti a rischio del Settore di competenza. Tale monitoraggio tiene anche conto del rispetto di quanto disciplinato nel Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, indicando dettagliatamente le cause e gli attori coinvolti laddove si fossero verificati ritardi nell'adempimento degli obblighi.

Nell'ambito del sistema dell'antiriciclaggio per il monitoraggio relativo all'attuazione delle misure in materia, assumono un ruolo centrale, oltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed al Direttore dell'U.O.C. Contabilità Generale e Gestione Tesoreria, anche i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali interessate ed i Responsabili dei procedimenti.

In base agli esiti della mappatura, da completare/verificare/aggiornare entro il 30 novembre di ogni anno (con valutazione intermedia al 30 giugno), le competenti Strutture aziendali devono adottare procedure interne proporzionate alle proprie dimensioni organizzative e operative, idonee, da un lato, a gestire e mitigare i rischi cui sono esposti e, dall'altro, ad assicurare il riconoscimento, da parte dei dipendenti indentificati quali responsabili dei procedimenti, delle fattispecie sospette per le quali vi è l'obbligo di effettuare comunicazione alla UIF.

A tal riguardo è fatto obbligo ai singoli responsabili dei procedimenti, che hanno il contatto diretto con l'esterno, di intercettare anomalie nelle operazioni e nei comportamenti riferibili ai soggetti con i quali si relazionano comunicando ogni anomalia rilevante ai Responsabili delle Strutture. Tali anomalie e le informazioni acquisite devono essere comunicate, a cura dei Responsabili delle Strutture titolari dei procedimenti interessati, al "GSA", cui spetta il compito, unitamente con il Direttore Amministrativo, di valutare e di trasmettere alla UIF le informazioni ricevute laddove ritenute rilevanti ai fini dell'applicazione di quanto previsto dal Decreto Legislativo n.231 del 21 novembre 2007. La comunicazione di operazioni sospette deve avvenire in conformità a quanto stabilito dall'UIF con Provvedimento del 23 aprile 2018 (GU n. 269 del 19.11.2018).

Il principale contributo richiesto dal sistema dell'antiriciclaggio nell'ambito dei procedimenti "a rischio" consiste nel comunicare alla UIF "dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale", al fine di "consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio" (articolo 10, comma 4, del decreto antiriciclaggio).

È fondamentale che ciascun Responsabile del procedimento non svolga "attività esplorative volte alla ricerca di operazioni sospette al di fuori del perimetro delle attività proprie di ciascun ufficio pubblico"⁷; né che attivi "adempimenti che comportino rallentamenti o interruzioni dell'attività amministrativa e che andrebbero a comprometterne l'efficacia e l'efficienza, specie in settori già connotati da alta complessità e onerosità procedimentale"⁸.

Le analisi antiriciclaggio possono, invece, avvalersi "del vasto corredo informativo richiesto e raccolto ai fini dell'istruttoria procedimentale. Ciò che, in particolare, si richiede agli uffici pubblici è di saper "leggere" in "modo integrato" e con un "approccio critico" le informazioni di cui già dispongono in ragione dello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, focalizzando la propria attenzione sulle eventuali "anomalie" che inducono a considerare una determinata operazione come "sospetta". Ovviamente l'"approccio critico"

⁶ Riguardo alle misure di carattere generale e specifiche organizzate a livello di settore per ciascun processo, si rimanda a quanto pubblicato nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente – Mappatura dei Processi".

⁷ Così tratto da "Quaderni dell'Antiriciclaggio- Le Pubbliche amministrazioni nel sistema di prevenzione del riciclaggio"- settembre 2022 di Banca D'Italia-UIF (<https://uif.bancaditalia.it/publicazioni/quaderni/2022/quaderno-19-2022/index.html>).

⁸ Così tratto da "Quaderni dell'Antiriciclaggio- Le Pubbliche amministrazioni nel sistema di prevenzione del riciclaggio"- settembre 2022 di Banca D'Italia-UIF (<https://uif.bancaditalia.it/publicazioni/quaderni/2022/quaderno-19-2022/index.html>).

può essere sviluppato dai singoli operatori solo grazie a una expertise che matura nel tempo, ma un forte ausilio può derivare dall'attività di formazione" unitamente allo "sfruttamento degli strumenti di supporto elaborati dalla UIF (in primis, gli indicatori di anomalia, di cui si dirà nel prossimo paragrafo). La "lettura integrata" delle informazioni può invece essere favorita dal ricorso a strumenti, anche informatici, che consentano di integrare dati acquisiti per finalità diverse e spesso conservati presso archivi (o uffici) separati"⁹

Un particolare attenzione, oltre per i controlli tempestivi ed efficaci sulla c.d. documentazione antimafia dovrà essere posta negli accertamenti del c.d. "titolare effettivo"¹⁰ nell'ambito dei procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi.

La definizione e la disciplina del "titolare effettivo" sono funzionali a garantire la riconducibilità di una operazione alla persona fisica che, di fatto, ne trae vantaggio, al fine di evitare che altri soggetti e, in particolare, strutture giuridiche complesse - società e altri enti, trust e istituti giuridici affini - siano utilizzati come schermo per occultare il reale beneficiario e realizzare finalità illecite.

Anche il Gruppo di Azione Finanziaria Internazionale, nel rivedere di recente la Raccomandazione n. 24, ha fatto espresso riferimento alla necessità per gli Stati di assicurare la disponibilità di informazioni sul titolare effettivo nell'ambito degli appalti pubblici.

Nelle Linee Guida del Ministero dell'Economia e delle Finanze, annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022, è stata posta grande attenzione alla necessità di garantire la trasparenza dei dati relativi al "titolare effettivo" dei soggetti partecipanti alle gare per l'affidamento dei contratti pubblici. Tra le numerose indicazioni fornite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze nelle predette Linee Guida, è ricompresa anche quella con cui si è previsto non solo l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del "titolare effettivo", ma anche quello, posto in capo al soggetto attuatore/stazione appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo "titolare effettivo" di assenza di conflitto di interessi.

Per i criteri e le indicazioni da utilizzare ai fini dell'individuazione del "titolare effettivo" si rinvia oltre a quanto stabilito nella normativa in materia di antiriciclaggio¹¹ anche e soprattutto, a quanto riportato nelle stesse Linee guida del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Per questa Azienda, è misura obbligatoria, da adottare per il sistema di prevenzione del riciclaggio, l'acquisizione, nell'ambito delle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, della dichiarazione relativa al "titolare effettivo" e la conseguente previsione di una verifica a campione in ordine alla dichiarazione resa.

Quanto sopra vale a maggior ragione per le procedure avviate in esecuzione del PNRR, considerato che questa Azienda ne ha assunto un ruolo attivo,

Entro il 30 giugno, per il primo semestre, ed entro il 30 novembre, per il secondo semestre, di ogni anno i soggetti obbligati alla predisposizione delle mappatura dei procedimenti e delle relative misure di mitigazione del rischio di antiriciclaggio devono fornire riscontro con apposita relazione dell'adozione delle misure e della loro adeguatezza.

⁹ Così tratto da "Quaderni dell'Antiriciclaggio- Le Pubbliche amministrazioni nel sistema di prevenzione del riciclaggio"- settembre 2022 di Banca D'Italia-UIF (<https://uif.bancaditalia.it/publicazioni/quaderni/2022/quaderno-19-2022/index.html>).

¹⁰ In attuazione della V direttiva europea antiriciclaggio è stata istituita un'apposita sezione del Registro delle Imprese al cui interno devono confluire le informazioni relative alla titolarità effettiva di persone giuridiche, trust e istituti giuridici affini. Gli obblighi sul titolare effettivo previsti in relazione alle spese PNRR si applicheranno a tutti i contratti pubblici una volta istituita la sopra citata sezione del Registro delle Imprese. Le regole in materia di comunicazione, accesso e consultazione dei dati e delle informazioni relativi alla titolarità effettiva sono dettate dal D.M. 11 marzo 2022, n. 55.

¹¹ La figura del "titolare effettivo" viene definita dall'art. 1, co. 1, lett. pp), del decreto antiriciclaggio come "la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita". L'art. 20 del medesimo d.lgs. 231 /2007, detta una serie di criteri elencati secondo un ordine gerarchico, in modo che i successivi siano applicabili solo nel caso in cui i primi risultino inutilizzabili.

2.3.5. Le misure organizzative in materia di Trasparenza e il monitoraggio. Programmazione dell'attuazione della trasparenza¹²

Com'è noto la "trasparenza", nell'accezione amministrativa del termine, è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L'art. 1 del Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 prevede al comma 1 (come modificato dall'art. 2, comma 1, D.lgs. n. 97 del 2016): *"La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche"*.

Al comma 2 dell'art.1: *"La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino"*.

Al comma 3: *"Le disposizioni del presente decreto, nonché le norme di attuazione adottate ai sensi dell'articolo 48, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e costituiscono altresì esercizio della funzione di coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale, di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera r), della Costituzione"*.

La Trasparenza rappresenta quindi uno strumento fondamentale non solo per prevenire fenomeni corruttivi ma anche per rendere efficiente ed efficace l'azione amministrativa, consentendo una partecipazione concreta dei cittadini all'agire pubblico.

Da questo punto di vista essa, infatti, consente:

- la conoscenza del Responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell'amministrazione e, per tal via, la responsabilizzazione dei funzionari;
- la conoscenza dei presupposti per l'avvio e lo svolgimento del procedimento e, per tal via, se ci sono dei "blocchi" anomali del procedimento stesso;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, per tal via, se l'utilizzo delle risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie;
- la conoscenza della situazione patrimoniale degli organi di vertice e, per tal via, il controllo circa arricchimenti anomali verificatisi durante lo svolgimento del mandato.

Nell'A.S.P. di Palermo, per le grandi dimensioni dell'Azienda e quindi per un più proficuo agire, è stato a suo tempo deciso di separare la figura del *Responsabile della Prevenzione della corruzione* dal *Responsabile aziendale per la trasparenza* che operano comunque in strettissima collaborazione tra loro.

¹² per un ulteriore approfondimento dei contenuti specifici di competenza, si rimanda a quanto previsto dal vigente PTPCT, pubblicato nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente"

Pertanto, come previsto dal PNA e dal decreto legislativo n. 33 del 2013, l'Azienda:

- ha definito - nella griglia pubblicata nell'apposita Sezione del portale "Amministrazione Trasparente" - le responsabilità rispetto alla pubblicazione delle informazioni e degli atti previsti dal citato Decreto Legislativo n. 33 del 2013;
- ha adottato le misure organizzative necessarie per garantire l'accesso civico (semplice e generalizzato), definendo una propria procedura gestionale e pubblicando sul sito le informazioni necessarie per la sua attivazione;
- ha considerato la programmazione di misure di trasparenza sostanziale (es. giornate della trasparenza, incontri pubblici, ecc.) funzionali a rendere l'Azienda e le sue attività sempre più accessibili agli utenti;
- adotta tutte le accortezze e cautele per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sul sito istituzionale per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, prevenendo specificatamente, nella gestione delle richieste di accesso agli atti e civico generalizzato e nei casi di riesame di istanze di accesso negato o differito, che il Responsabile possa richiedere il contributo del Responsabile della Protezione dei Dati a tutela dell'interesse alla protezione dei dati personali.

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato dall'Azienda ASP di Palermo.

A seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale¹³ e della elaborazione della nuova dotazione organica (in corso di approvazione) è in atto in azienda un processo di riconfigurazione organizzativa in coerenza con le previsioni del D.M. n. 70/2015, e al disegno tracciato nella rete ospedaliera regionale dal Decreto n. 22 del 2019, per una continua integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali.

L'indirizzo strategico che ha informato il nuovo atto aziendale si riassume nell'orientamento della Direzione Aziendale di inserire l'offerta sanitaria in un contesto più ampio, provinciale, per migliorare l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi erogati dalle diverse Aziende insistenti sul territorio.

La realtà sanitaria aziendale è stata disegnata su 3 aree: Est, Ovest e città di Palermo.

Anche nell'area amministrativa l'istituzione di tre Coordinamenti Amministrativi dei Distretti ospedalieri/territoriali, favorisce lo snellimento delle procedure interne, crea omogeneità nei processi di governo e riduce la complessità dei meccanismi di decisione rendendo più efficaci la verifica ed il controllo.

Si è optato per una rimodulazione degli assetti organizzativi che predisponessero l'Azienda ad un profondo e veloce processo di revisione e di razionalizzazione dei percorsi.

La valorizzazione delle due tipologie di servizio in tutti i Distretti, rispettivamente dell'area socio – sanitaria e delle Cure Primarie testimoniano la volontà della Direzione Strategica di fare leva prioritariamente sull'implementazione di quella porta di accesso alle cure territoriali che possa contribuire anche ad un decongestionamento di tutti i Pronto Soccorso dell'area metropolitana.

Un'attenzione particolare è stata rivolta alla rivalorizzazione della rete dei consultori in quanto nucleo di offerta sanitaria pubblica più vicino alle famiglie, e come organizzazione capillare aziendale, in grado di rilanciare le campagne di prevenzione (screening oncologici) di sostegno alle attività sanitarie a favore della famiglia e di promozione di azioni volte all'educazione alla salute.

Nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) metropolitani sono stati infine creati dei "poli" con differenziazione delle aree specialistiche di oculistica, cardiologia, pneumologia, oncologia e diagnostica ecografica, in cui concentrare e sviluppare competenze e tecnologie per garantire risposte più efficienti ai cittadini e ridurre i tempi di attesa. Il progetto muove dalla considerazione che le prestazioni rese in ambito territoriale con expertise qualificato, possa essere poste in intima correlazione con l'organizzazione ospedaliera di base per assicurare celerità nella presa in carico di patologie diffuse e per le quali, in atto, il cittadino ha difficoltà ad accedere alle cure oltre che alla attività diagnostica necessaria e per cui alla fine è sovente costretto a rivolgersi ad un pronto soccorso.

L'organizzazione dell'ASP di Palermo¹⁴ è assicurata da numerose "macrostrutture" rappresentate dai Dipartimenti, dai Distretti Sanitari e dai Distretti Ospedalieri articolati in Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici.

L'organizzazione prevede macrostrutture sia territoriali che ospedaliere:

- ❖ le macrostrutture territoriali sono rappresentate dai 10 Distretti Sanitari (dal n. 33 al n. 42) coincidenti con gli ambiti territoriali dei Distretti socio-sanitari della provincia di Palermo (di cui al D.P.R.S. del 22/11/2002 "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana"), più n. 9 PTA;

¹³ L'attuale struttura organizzativa è stata adottata con delibera n.81 del 21/01/2020 e approvata dall'Assessorato della Salute con DA n.512 del 10/06/2020

¹⁴ L'Organizzazione Aziendale è descritta dettagliatamente sul sito aziendale - "Amministrazione Trasparente", consultabile attraverso il seguente link: <http://www.asppalermo.org/auslinforma-dettaglio.asp?ID=71>

Distretti Sanitari		Comuni
33	Cefalù	Campofelice di Roccella – Castelbuono – Collesano - Cefalù – Gratteri – Isnello – Lascari – Pollina - San Mauro Castelverde
34	Carini	Capaci – Carini – Cinisi - Isola delle Femmine – Terrasini - Torretta
35	Petralia Sottana	Alimena – Blufi – Bompietro - Castellana Sicula – Gangi - Geraci Siculo - Petralia Soprana - Petralia Sottana - Polizzi Generosa
36	Misilmeri	Baucina – Bolognetta - Campofelice di Fitalia - Cefalà Diana – Ciminna – Godrano – Marineo – Mezzojuso – Misilmeri - Ventimiglia di Sicilia - Villafrati
37	Termini Imerese	Aliminusa – Caccamo – Caltavuturo – Cerda - Montemaggiore Belsito – Sciarra – Scillato - Sclafani Bagni - Termini Imerese - Trabia
38	Lercara Friddi	Alia - Castronovo di Sicilia - Lercara Friddi - Palazzo Adriano – Prizzi – Roccapalumba – Valledolmo - Vicari
39	Bagheria	Altavilla Milicia – Bagheria – Casteldaccia – Ficarazzi - Santa Flavia
40	Corleone	Bisacquino – Campofiorito - Chiusa Sclafani - Contessa Entellina – Corleone – Giuliana - Roccamena
41	Partinico	Balestrate – Borgetto – Camporeale – Giardinello – Montelepre – Partinico - San Cipirrello - San Giuseppe Jato - Trappeto
42	Palermo	Altofonte - Belmonte Mezzagno – Lampedusa - Linosa (AG) – Monreale – Palermo - Piana degli Albanesi - Santa Cristina Gela – Ustica - Villabate

- ❖ le macrostrutture dell'area ospedaliera sono rappresentate da n. 3 Distretti Ospedalieri PA1, PA2 e PA3;
- ❖ inoltre, per il raggiungimento della propria mission, l'Azienda ha attuato il modello di gestione operativa Dipartimentale che risulta articolato in 16 Dipartimenti (n. 8 strutturali, n. 6 funzionali-sanitari, n. 2 amministrativi).

I Dipartimenti sono strutture con autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, e operano con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della programmazione aziendale. I Dipartimenti sono strutture che raggruppano unità operative, complesse e semplici, preposte alla produzione ed erogazione di prestazioni e servizi omogenei e all'organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate.

In particolare:

- i *Dipartimenti strutturali* rappresentano le strutture il cui obiettivo principale è l'uso efficiente/ottimale delle risorse, con autorità sovraordinata rispetto alle unità operative o servizi che la compongono; coordinano, altresì, funzionalmente le attività ambulatoriali della disciplina di competenza comprese quelle svolte dagli specialisti ambulatoriali interni, al fine di armonizzare le stesse mediante protocolli e procedure. Inoltre, dispongono direttamente, in relazione alle esigenze assistenziali, la mobilità del personale all'interno del Dipartimento, con le modalità determinate dalla Direzione Aziendale, ove ritenuto necessario;
- i *Dipartimenti funzionali* coinvolgono "orizzontalmente" le unità operative ed hanno come finalità principale e diretta l'ottimizzazione delle procedure operative destinate al raggiungimento di un obiettivo ovvero delle pratiche assistenziali destinate a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici ed altresì servono a massimizzare l'efficacia e la qualità della prestazione. Favoriscono l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), verificandone la reale applicazione, riducendo le difformità nelle pratiche cliniche assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti e in un'ottica di completo superamento degli ostacoli all'accoglimento della domanda sanitaria.
- Il *Dipartimento Interaziendale* è articolazione organizzativa derivante dall'integrazione di strutture complesse e settori operativi appartenenti ad ambiti operativi omogenei delle Aziende sanitarie dell'area metropolitana, in un organismo unitario dal punto di vista gestionale, su cui le Direzioni Generali esercitano congiuntamente il ruolo di organo di governo, programmazione e controllo, affidandone la conduzione ad un direttore unico che risponde ugualmente agli stessi. La costituzione dei Dipartimenti interaziendali è finalizzata a sviluppare tutte le soluzioni possibili orientate ad un uso integrato delle risorse ed alla loro ottimizzazione valorizzando il patrimonio professionale, tecnologico e strutturale reso

disponibile da ogni realtà organizzativa dell'ASP e/o delle Aziende Ospedaliere e/o del AOUP presenti nell'area metropolitana.

Articolazione dei DIPARTIMENTI SANITARI FUNZIONALI INTEGRATI Ospedale-Territorio

Nell'Azienda sono presenti i seguenti dipartimenti sanitari funzionali:

1. **Il Dipartimento aziendale Cure primarie;**
2. **Il Dipartimento aziendale Integrazione Socio-sanitario;**
3. **Il Dipartimento aziendale Programmazione e Controllo delle Attività ospedaliere;**
4. **Il Dipartimento interaziendale di Medicina fisica e riabilitativa;**
5. **Il Dipartimento aziendale di Medicina;**
6. **Il Dipartimento aziendale di Chirurgia.**

Il **Dipartimento Cure primarie** esercita funzione di indirizzo, coordinamento e verifica oltre che delle Unità Operative assegnate anche dei Distretti Sanitari ed è costituito dalle strutture complesse e semplici dipartimentali di seguito elencate:

Cure primarie (UOC)

Cronicità e Percorsi Assistenziali (UOC)

Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (UOC)

Medicina legale e fiscale (UOC)

Il **Dipartimento Integrazione Socio-Sanitario** coordina funzionalmente le attività distrettuali di competenza ed è costituito dalle strutture complesse e semplici dipartimentali di seguito elencate:

Coordinamento assistenza pazienti critici-speciali, nutrizione artificiale e telemedicina (UOSD)

Fragilità, disabilità grave e gravissima (UOSD)

Integrazione socio-sanitaria (UOC)

Assistenza riabilitativa territoriale (UOC)

Assistenza socio-sanitaria demenze - Centro di Riferimento Regionale per le Demenze (UOC)

Il **Dipartimento Programmazione e controllo attività ospedaliere** svolge compiti di indirizzo, programmazione e verifica delle attività assistenziali erogate in regime di ricovero dai Distretti ospedalieri aziendali, dalle case di cura private accreditate e dalle Aziende Ospedaliere dell'area metropolitana di Palermo. È costituito dalle strutture complesse e semplici dipartimentali di seguito elencate:

Programmazione e monitoraggio attività Ospedaliere area metropolitana provinciale (UOC)

Organizzazione ospedaliera area metropolitana provinciale (UOC)

Ospedalità Pubblica e Privata (UOC)

Direzione di Presidio - P.O. "G.F. Ingrassia" (UOC)

Il **Dipartimento di Medicina**, di tipo funzionale, è la struttura della ASP di Palermo che svolge funzioni di coordinamento, di indirizzo tecnico scientifico e di verifica delle attività svolte a livello di assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale che riguardano prestazioni in regime di ricovero ordinario, day hospital, day service e ambulatoriale per quanto di competenza delle unità operative ospedaliere e distrettuali afferenti. Al fine di assicurare lo sviluppo dei percorsi assistenziali integrati e un'efficiente e uniforme erogazione delle cure sul territorio, fornisce linee di indirizzo operative e supporto anche agli specialisti ambulatoriali interni territoriali delle discipline di competenza e ai Poli specialistici interdistrettuali dell'area medica. È costituito dalle seguenti strutture complesse e semplici dipartimentali:

Screening colon retto (UOSD)

P.O. "Civico" di Partinico

Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione (UOSD) [piede diabetico]

Medicina generale (UOC)

Cardiologia (UOC)

Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione (UOC)

P.O. "dei Bianchi" di Corleone

Medicina Generale (UOSD)

P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese

Medicina generale (UOC)

P.O. "Madonna SS. Dell'Alto" di Petralia Sottana

Medicina generale (UOC)

P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo

Gastroenterologia (UOSD)

Medicina generale (UOC)

Geriatrics (UOC)

Lungodegenti (UOC)

Cardiologia (UOC)

Il Dipartimento di Chirurgia è un dipartimento di tipo funzionale cui afferiscono tutte le UU.OO. complesse e semplici delle varie discipline chirurgiche dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda e del territorio e svolge funzioni di coordinamento, di indirizzo tecnico scientifico e di verifica delle attività. Il Dipartimento sostiene il processo di rinnovamento dell'organizzazione e delle strategie di intervento e consolida l'organizzazione dei servizi in una visione improntata sulla centralità dell'utente. Al fine di assicurare lo sviluppo dei percorsi assistenziali integrati e un'efficiente e uniforme erogazione delle cure sul territorio, fornisce linee di indirizzo operative e supporto anche agli specialisti ambulatoriali interni territoriali delle discipline di competenza.

È costituito dalle seguenti strutture complesse e semplici dipartimentali:

P.O. "Civico" di Partinico

Urologia (UOSD)

Chirurgia generale (UOC)

Ortopedia e Traumatologia (UOC)

P.O. "dei Bianchi" di Corleone

Chirurgia generale (UOSD)

P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese

Chirurgia generale (UOC)

Otorinolaringoiatria (UOC)

Ortopedia e traumatologia (UOC)

P.O. "Madonna SS. Dell'Alto" di Petralia Sottana

Chirurgia generale (UOSD)

P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo

Chirurgia generale (UOC)

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa è un dipartimento interaziendale funzionale che procederà ad aggregare servizi e funzioni delle aree ospedaliere e territoriali, che agiscono su aree omogenee di intervento riabilitativo intensivo/estensivo e di mantenimento e sarà formalmente costituito solo a seguito dell'adesione anche solo di alcune delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie metropolitane. Tale modello organizzativo consentirà di sviluppare attività omogenee e integrate con altri dipartimenti su tutto il territorio, anche nell'ottica di recupero della mobilità passiva che si registra in ambito riabilitativo. Afferiranno al costituendo Dipartimento le seguenti strutture complesse:

P.O. "Civico" di Partinico

Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)

P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese

Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)

P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Villa delle Ginestre

Unità Spinale (UOC)

Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)

Il Dipartimento coordina inoltre gli specialisti ambulatoriali territoriali della disciplina di competenza. Il Dipartimento avrà la finalità di assicurare il governo clinico del progetto/programma riabilitativo, l'efficienza, l'efficacia e la qualità delle prestazioni riabilitative erogate.

Articolazione dei DIPARTIMENTI SANITARI STRUTTURALI

Nell'Azienda sono presenti i seguenti Dipartimenti sanitari strutturali:

1. **Il Dipartimento aziendale di Prevenzione**
2. **Il Dipartimento aziendale di Prevenzione veterinario**
3. **Il Dipartimento aziendale di Salute Mentale;**
4. **Il Dipartimento interaziendale Farmaceutico**
5. **Il Dipartimento della Salute della Famiglia**
6. **Il Dipartimento aziendale di Diagnostica di laboratorio**
7. **Il Dipartimento aziendale di Diagnostica per immagini**
8. **Il Dipartimento interaziendale Emergenza – Urgenza**

Il Dipartimento di prevenzione è costituito dalle strutture complesse e semplici dipartimentali di seguito elencate:

Coordinamento attività territoriali di prevenzione area 1 (UOSD)
Coordinamento attività territoriali di prevenzione area 2 (UOSD)
Coordinamento attività territoriali di prevenzione area 3 (UOSD)
Programmazione verifica e controllo (UOSD)
Radioprotezione (UOSD)
Accreditamento (UOC)
Sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva (UOC)
Igiene degli ambienti di vita (UOC)
Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale (UOC)
Laboratorio di sanità pubblica (UOC)
Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (UOC)
Impiantistica ed antinfortunistica (UOC)

Le unità operative territoriali afferiscono direttamente al Dipartimento. Ogni una di esse eroga nel territorio dei distretti aziendali specifiche prestazioni di prevenzione che è possibile ricondurre alle tre Unità Operative Complesse: Igiene degli Ambienti di Vita; Igiene degli Alimenti; Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva.

Il Dipartimento di prevenzione veterinario è costituito dalle strutture complesse di seguito elencate:

Coordinamento attività territoriali di prevenzione veterinaria area 1 (UOSD)
Coordinamento attività territoriali di prevenzione veterinaria area 2 (UOSD)
Coordinamento attività territoriali di prevenzione veterinaria area 3 (UOSD)
Igiene Urbana e lotta al randagismo (UOC)
Sanità animale (UOC)
Igiene della produzione degli alimenti di origine animale e loro derivati (UOC)
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (UOC)

Le unità operative territoriali afferiscono direttamente al Dipartimento. Ogni una di esse eroga nel territorio dei distretti aziendali specifiche prestazioni di prevenzione che è possibile ricondurre alle quattro Unità Operative Complesse: Igiene urbana e lotta al randagismo; Sanità animale – Area A; Igiene della produzione degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B; Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C.

Il **Dipartimento Salute Mentale**, dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SMA/DP/NPIA) è la struttura che garantisce l'organizzazione, gestione e produzione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle dipendenze patologiche in ogni fascia d'età, nonché dei disturbi neurologici e delle disabilità neurologiche e psichiatriche in età evolutiva. È costituito dalle strutture complesse e semplici dipartimentali di seguito elencate:

Attività riabilitative e enti accreditati (UOSD)

Salute mentale penitenziaria e REMS (UOSD)

CTA alta complessità (UOSD)

Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo

Modulo 2 (UOC) Palermo

Modulo 3 (UOC) Palermo

Modulo 4 (UOC) Palermo

Modulo 5 (UOC) Palermo

Modulo 6 (UOC) Termini Imerese - Bagheria

Modulo 7 (UOC) Cefalù - Petralia Sottana

Modulo 8 (UOC) Corleone - Lercara Friddi

Modulo 9 (UOC) Partinico - Carini

Dipendenze Patologiche (UOC)

Disturbi del Comportamento Alimentare ambulatoriale e residenziale (UOC)

Disturbi dello Spettro Autistico (UOC)

Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale (UOC)

Il **Dipartimento farmaceutico** assicura l'integrazione tra l'area ospedaliera e quella territoriale, per le competenze relative all'assistenza farmaceutica territoriale. Contribuisce alla valutazione dei fabbisogni; vigila sulle farmacie convenzionate e sui medici prescrittori ai fini del governo complessivo dell'assistenza farmaceutica, dei dispositivi medici e degli altri beni a valenza terapeutica, con riferimento all'appropriatezza nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente e del contenimento della spesa. È costituito dalle strutture complesse (UOC) e semplice dipartimentale (UOSD) di seguito elencate:

Definizione fabbisogno farmaci e presidi - Capitolati tecnici e banca dati farmaceutica (UOSD)

Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia (UOC)

Integrazione farmaceutica ospedale-territorio (UOC)

Farmacia ospedaliera (UOC) - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo

Il **Dipartimento della Salute della Famiglia** è un dipartimento strutturale transmurale territorio-ospedale che svolge funzioni di coordinamento delle Unità Operative deputate alla tutela della salute della donna e del soggetto in età evolutiva dal periodo prenatale all'adolescenza nelle diverse fasi di vita. Il Dipartimento è articolato in Unità Operative, ospedaliere e territoriali, e il personale di tali strutture, pur mantenendo l'appartenenza alla U.O. alla quale è assegnato, opera in un sistema organizzativo caratterizzato dalla massima integrazione, al fine del perseguimento di livelli assistenziali appropriati ed uniformi tipici dell'organizzazione dipartimentale. Il Dipartimento, altresì, coordina funzionalmente, gli ambulatori degli specialisti convenzionati interni delle discipline di competenza. È costituito dalle strutture complesse e semplici dipartimentali di seguito elencate:

Screening Cervicocarcinoma (UOSD)

Adozioni e affidamento familiare - genitorialità (UOSD)

Fisiopatologia della Riproduzione Umana (UOSD)

Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia (UOC)

P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo

Ginecologia e ostetricia – PMA (UOSD)

Neonatologia (UOC)

Ginecologia e ostetricia (UOC)

P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese

Pediatria (UOC)

Ginecologia e ostetricia (UOC)

P.O. "Civico" di Partinico

Pediatria (UOSD)

Ginecologia e ostetricia (UOSD)

P.O. "Dei Bianchi" di Corleone

Neonatologia (UOSD)

I **Consultori Familiari** costituiscono un punto fondamentale del servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità, all'infanzia e espletano le funzioni di cui alle leggi n. 405/75 (L.R. 21/78) e n. 194/78, secondo il modello organizzativo indicato dal DA 1186/2014, e mirano ad assicurare una risposta adeguata ed efficiente ai bisogni di salute della famiglia, nell'ottica dell'integrazione con il livello ospedaliero di ostetricia e ginecologia, nonché con le altre Istituzioni coinvolte nella tutela della famiglia.

Il **Dipartimento di diagnostica di laboratorio** ha la responsabilità gestionale diretta delle risorse assegnate, dei processi, della programmazione e del coordinamento delle unità operative ad esso afferenti e componenti la rete laboratoristica aziendale. Il Dipartimento è sovraordinato alle unità operative che lo compongono. Il Dipartimento coordina inoltre le attività dei punti prelievo territoriali in condivisione con i direttori dei Distretti sanitari, i sistemi POCT territoriali ed ospedalieri, ed in modo transmurale le attività e prestazioni del Laboratorio di Sanità Pubblica e delle sue unità operative semplici.

È costituito dalle seguenti strutture complesse e semplici dipartimentali:

Tossicologia e biochimica (UOSD)

Biologia molecolare (UOSD)

Medicina trasfusionale (UOC) presso P.O. "Nuovo" di Cefalù

P.O. "Civico" di Partinico

Laboratorio d'analisi (UOC)

P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese

Laboratorio d'analisi (UOC)

P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo

Laboratorio d'analisi (UOC)

Anatomia e istologia patologica (UOC)

Il **Dipartimento di diagnostica per immagini** è costituito dalle seguenti strutture complesse e semplici dipartimentali:

Screening Mammografico (UOSD)

Integrazione radiologia ospedaliera e territoriale (UOC)

P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo

Radiologia (UOC)

P.O. "Civico" di Partinico

Radiologia (UOC)

P.O. "S.Cimino" di Termini Imerese

Radiologia (UOSD)

P.O. "Madonna dell'Alto" di Petralia

Radiologia (UOSD)

Le UU.OO. afferenti al Dipartimento erogano prestazioni di diagnostica per immagini mediante l'utilizzo delle varie metodiche disponibili.

L'attività del Dipartimento, per quanto concerne le suddette UU.OO. dei PP.OO., è strutturalmente orientata alla razionalizzazione dell'uso delle risorse, di formazione e aggiornamento professionale, di indirizzo e controllo dei flussi dei pazienti, di programmazione degli acquisti di attrezzature e di assegnazione delle risorse tecnologiche, di standardizzazione delle procedure operative, di programmi di assicurazione e controllo della qualità, di valutazione e misura della produttività e dei carichi di lavoro, con particolare riferimento all'espletamento dell'attività istituzionale di screening mammografico della popolazione.

Il **Dipartimento di Emergenza-Urgenza** è costituito dalle seguenti strutture complesse e semplici dipartimentali:

Coordinamento dei Presidi Territoriali di Emergenza (UOSD)

P.O. "Civico" di Partinico

Terapia del dolore (UOSD)

Pronto soccorso (UOC)

Terapia intensiva (UOC)

P.O. "dei Bianchi" di Corleone

Servizio di Anestesia (UOSD)

P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese

Pronto soccorso (UOC)

Servizio di Anestesia (UOC)

P.O. "Madonna SS. Dell'Alto" di Petralia

Servizio di Anestesia (UOSD)

Pronto soccorso (UOSD)

P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo

Astanteria (UOC)

Terapia intensiva (UOC)

Al Dipartimento afferiscono le UU.OO.CC. di Anestesia e Rianimazione per un totale di venti (20) posti letto e le due UU.OO.SS.DD. di Anestesia e Rianimazione presso il P.O. di Petralia e Corleone senza posti letto, nonché le quattro UU.OO.SS. di Terapia del Dolore presso i PP.OO. Di Partinico, Ingrassia, Villa delle Ginestre e Termini Imerese. Nei PP.OO. aziendali sono attive complessivamente tredici (13) sale operatorie, sia per l'attività di elezione programmata, sia per le emergenze chirurgiche H24x365 gg l'anno. Al Dipartimento afferiscono inoltre le UU.OO. di Pronto Soccorso, nonché la U.O.S.D. di coordinamento dei Presidi Territoriali di Emergenza (PTE).

Al Dipartimento afferisce anche una U.O.S. di Camera Iperbarica presso il P.O. di Partinico; nel periodo che va dal 01 Maggio al 31 Ottobre viene garantita l'attività presso le due camere iperbariche delle isole di Ustica e Lampedusa per le emergenze iperbariche subacquee.

I DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI

Le funzioni amministrative dell'Azienda dipendono direttamente dal Direttore Amministrativo e sono articolate secondo un modello dipartimentale strutturale.

L'azienda, nell'ambito dei processi di integrazione gestionale e/o di coordinamento con le altre Aziende sanitarie, intende promuovere l'attivazione di specifici programmi interaziendali delle aree amministrative delle aziende sanitarie al fine di assicurare i più alti livelli di qualità dei processi e di ottimizzazione di tempi e risorse.

Nell'Azienda sono presenti i seguenti Dipartimenti Amministrativi:

1. **Il Dipartimento Risorse Umane**
2. **Il Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali**

Il **Dipartimento Risorse Umane** coordina e gestisce le unità operative complesse afferenti che svolgono le connesse attività come si seguito sinteticamente esplicitate:

Stato Giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane (UOC)

Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali (UOC)

Risorse Umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI (UOC)

Affari Generali e Convenzioni (UOC)

Il **Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali** coordina e gestisce le unità operative complesse afferenti che svolgono le connesse attività come di seguito sinteticamente esplicitate:

- Bilancio e Programmazione (UOC)
- Gestione del Patrimonio (UOC)
- Progettazione e manutenzione (UOC)
- Approvvigionamenti (UOC)
- Gestione informatica Aziendale (UOC)

L'attività territoriale è erogata attraverso i **DISTRETTI SANITARI**.

Il Distretto Sanitario ha la responsabilità dell'insieme dei servizi necessari a garantire la salute della popolazione presente sul territorio, organizzando l'erogazione dei servizi sanitari territoriali, in integrazione con quelli dei Servizi Ospedalieri, programmati di concerto con i competenti Dipartimenti Aziendali.

Nell'ambito dei Distretti Sanitari operano i PTA (Presidi territoriali di assistenza) che sono finalizzati, sulla base delle specificità dei diversi territori, all'integrazione fisica e/o organizzativa-operativa dei servizi territoriali secondo quanto previsto dalle "Linee guida di riorganizzazione dell'attività territoriale" (DA 723/2010) ai sensi dell'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009.

Il territorio dell'Azienda, conformemente alle previsioni normative, è suddiviso nei seguenti Distretti Sanitari costituiti dalle unità operative complesse (UOC) e semplice dipartimentale:

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù

Distretto Sanitario n.34 di Carini

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria

Distretto Sanitario n.40 di Corleone

Distretto Sanitario n.41 di Partinico

Distretto Sanitario n.42 Palermo, comprendente le seguenti UUOO:

Coordinamento RSA area urbana (UOSD)

PTA "Centro" (UOC)

PTA "Biondo" (UOC)

PTA "Casa del Sole" (UOC)

PTA "E. Albanese" (UOC)

PTA "Guadagna" (UOC)

L'attività ospedaliera è erogata attraverso i seguenti tre **DISTRETTI OSPEDALIERI** dell'Azienda, che operano mediante un'organizzazione in rete anche al fine di assicurare all'utente l'appropriatezza del percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione:

Distretto Ospedaliero PA 1	P.O. "Civico" di Partinico e P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
Distretto Ospedaliero PA 2	P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese e P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana
Distretto Ospedaliero PA 3	P.O. "G.F. Ingrassia" e "Villa delle Ginestre" di Palermo

In virtù del Decreto dell'Assessorato alla Salute 31 Marzo 2017 n.629 e successivamente con il D.A. 19 gennaio 2019 n. 22 le **STRUTTURE OSPEDALIERE AZIENDALI** vengono così classificate:

Strutture ospedaliere	CLASSIFICAZIONE
P.O. CIVICO DI PARTINICO	PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE
P.O. DEI BIANCHI DI CORLEONE	PRESIDIO OSPEDALIERO DI ZONA DISAGIATA
P.O. S CIMINO DI TERMINI IMERESE	PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE
P.O. MADONNA DELL'ALTO DI PETRALIA SOTTANA	PRESIDIO OSPEDALIERO DI ZONA DISAGIATA
P.O. INGRASSIA-VILLA DELLE GINESTRE	PRESIDIO OSPEDALIERO DI I LIVELLO – SEDE DI DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE I LIVELLO

Infine, in azienda vi sono le seguenti Unità Operative Complesse alle dirette dipendenze delle Direzioni aziendali. In particolare:

UOC alle dirette dipendenze della **DIREZIONE GENERALE:**

Coordinamento staff strategico

Programmazione e Controllo di Gestione

Legale

Psicologia

Servizio Prevenzione e Protezione

Sviluppo e gestione dei progetti sanitari

Unità Operative Complesse alle dirette dipendenze della **DIREZIONE AMMINISTRATIVA:**

Direzione amministrativa dei distretti ospedalieri e territoriali area 1 (UOC)

Direzione amministrativa dei distretti ospedalieri e territoriali area 2 (UOC)

Direzione amministrativa dei distretti ospedalieri e territoriali area 3 (UOC)

La Direzione Amministrativa, sentiti i Direttori dei Dipartimenti Sanitari, provvederà a emanare un Piano Organizzativo Aziendale (POA) al fine di definire competenze e processi integrativi tra gli operatori amministrativi delle diverse aree.

UOC alle dirette dipendenze della **DIREZIONE SANITARIA:**

Centro gestionale screening (UOC)

Di seguito si riportano gli **organigrammi dell'Azienda**

L'organigramma complessivo dell'ASP di Palermo



UU.OO. IN STAFF ALLA DIREZIONE AZIENDALE

Afferenti Direzione Generale

UOC Coordinamento staff
strategico

UOC Sviluppo e gestione dei
progetti sanitari

UOC Programmazione controllo
di gestione

UOC Legale

UOC Psicologia

UOC Servizio prevenzione e
protezione

Afferenti alla Direzione Sanitaria

UOS Sistema Informativo
Statistico

UOS Sorveglianza Sanitaria

UOS Educazione alla Salute
Mentale

UOS Professioni sanitarie
infermieristiche ed ostetriche

UOS Professioni sanitarie di
riabilitazione

UOS sanitarie tecniche-sanitarie

UOS sanitarie tecniche di
prevenzione, vigilanza ed
ispezione

UOS Servizio sociale
professionale

Afferenti alla Direzione Amministrativa

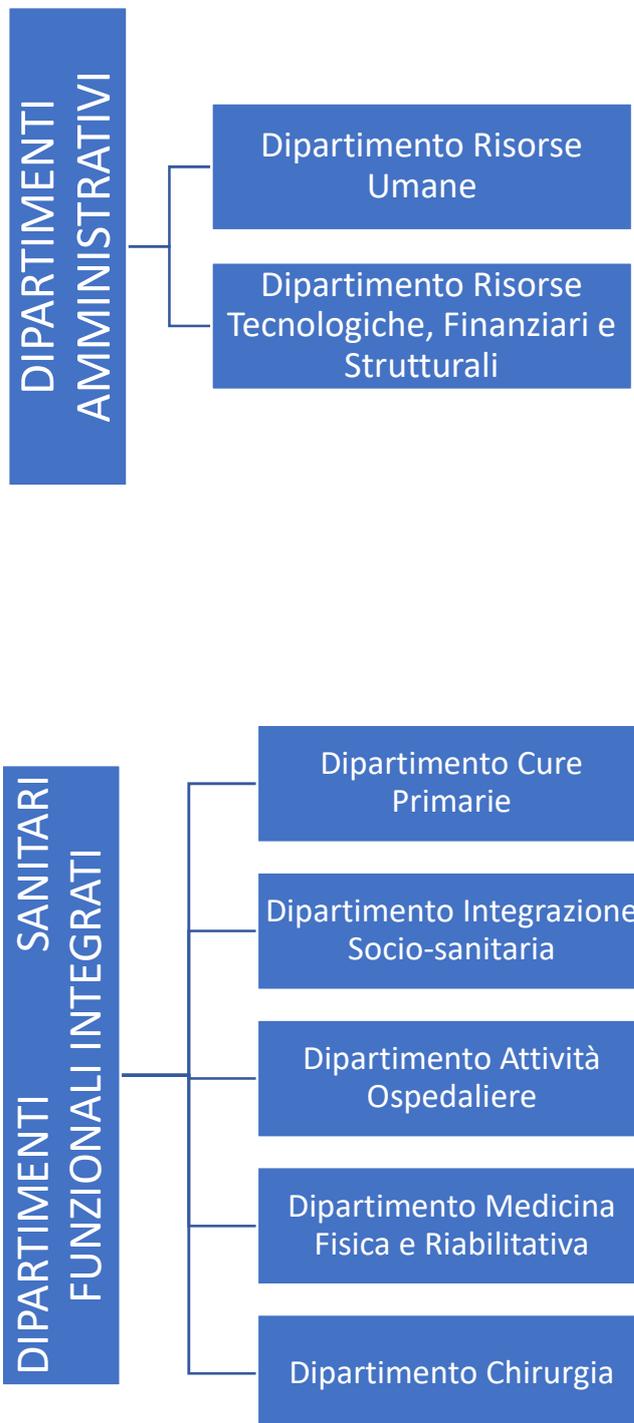
UOC Direzione amministrativa
dei distretti ospedalieri e
territoriali area 1

UOC Direzione amministrativa
dei distretti ospedalieri e
territoriali area 2

UOC Direzione amministrativa
dei distretti ospedalieri e
territoriali area 3

Dipartimenti Aziendali





La rete territoriale: I Distretti Sanitari (Macrostruttura)



3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

In questa sottosezione sono indicati, in coerenza con le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e con il contratto nazionale, la strategia, le modalità organizzative e gli strumenti tecnologici che permettono l'attuazione del lavoro agile all'interno dell'ente. Il lavoro agile, introdotto dall'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, è una modalità di lavoro che, attraverso lo sfruttamento della flessibilità spaziale e temporale e favorendo l'orientamento ai risultati, si pone l'obiettivo di conciliare le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con quelle organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo ad un tempo il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata. La strutturazione della sottosezione è coerente con quanto previsto delle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, rimandando al regolamento specifico per quanto di competenza.

L'organizzazione del lavoro agile riguarda:

- Livello di attuazione e sviluppo;
- Modalità attuative;
- Soggetti, processi e strumenti;
- Programma di sviluppo;
- Indicatori di misurazione.

L'obiettivo principale è lo sviluppo di un cambiamento culturale all'interno dell'organizzazione che troverà riscontro anche nella logica di *change management* che l'Azienda intende seguire nella definizione del programma di attuazione del Lavoro Agile. I tre pilastri strategici sui quali si sta costruendo tale programma sono stati individuati nelle seguenti dimensioni: *cultura organizzativa, tecnologie digitali e performance*.

Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile

Quest'Azienda si era dotata di un proprio Regolamento per la disciplina del telelavoro in "modalità domiciliare" (che comporta la prestazione dell'attività lavorativa dal domicilio del dipendente), in via sperimentale, Area del Comparto, adottato con la delibera del direttore Generale n. 95 del 07/08/2014, pubblicato sul sito aziendale nell'apposita sezione dei regolamenti.

La sperimentazione inizialmente rivolta ai dipendenti che, risultando affetti da peculiari patologie medico sanitarie, formalmente documentate e certificate da strutture pubbliche, non siano in grado di espletare le proprie attività di servizio presso l'ordinaria sede di lavoro.

Nell'anno 2016, a seguito dell'unica istanza pervenuta, è stata attivata la prima postazione aziendale di telelavoro, presso il Dipartimento Salute Mentale.

Nel 2017 in esecuzione a quanto previsto nel nuovo piano adottato nello stesso anno veniva emanata la circolare prot. n. SG 1 17320 del 26/09/2017 regolarmente pubblicata sul sito aziendale nella sezione "Regolamenti" per l'ulteriore divulgazione del Regolamento a tutti i dipendenti aziendali.

Dal 2016 al 2022 non sono tuttavia pervenute nuove richieste di attivazione del "telelavoro, per cui la percentuale delle istanze ammesse rimane al 100% sia pure per un'unica istanza pervenuta.

A marzo del 2020, in attuazione alle varie disposizioni legislative adottate per fronteggiare l'emergenza sanitaria COVID-19, l'Azienda ha emanato la direttiva ASP/13996/2020 del 13/03/2020, riguardante le modalità di lavoro agile al fine di limitare gli accessi sui luoghi di lavoro e favorire l'obiettivo primario del distanziamento sociale per limitare al massimo le possibilità di contagio, per tutta la durata dello stato di emergenza (allora fissato al 03/04/2020).

Nell'ambito delle singole articolazioni aziendali erano state conseguentemente attivate numerose postazioni di smart working, anche tenendo conto dei contenuti dell'articolo 87 del D.L. n. 18/2020, che aveva disposto che lo stesso avrebbe costituito la modalità ordinaria di prestazione di lavoro.

Successivamente nel corso del 2020 questa Azienda sanitaria è intervenuta con numerose direttive per disciplinare ed attivare l'istituto del lavoro agile in applicazione delle misure previste dai provvedimenti adottati in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 succedutesi progressivamente nel tempo (Circolari Funzione Pubblica, DDPCM, Decreti Legge).

La prima di queste direttive è stata la già citata circolare [n. 13996/2020 del 13/03/2020](#), adottata successivamente al DPCM 11 marzo 2020, che, fra l'altro, all'articolo 1 comma 6 recitava "..... *le pubbliche amministrazioni assicurano lo svolgimento in via ordinaria delle prestazioni lavorative in forma agile del proprio personale dipendente, anche in deroga agli accordi individuali* di cui agli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 8"

Con la direttiva si era prefigurato un modello di attivazione su istanza dei singoli lavoratori, anche per motivazioni di carattere tecnico, finalizzate, fra le altre esigenze, ad acquisire dati sulla strumentazione tecnologica in dotazione al personale, chiamato anch'esso a confrontarsi con modalità non ordinarie di resa della prestazione di lavoro, per cui si era ritenuto di andare incontro alle difficoltà dei singoli dipendenti, richiedendo loro di esprimere una manifestazione di disponibilità alla nuova metodologia di lavoro.

Come sopra indicato, subentrava successivamente l'articolo 87 del D.L. 18/03/2020, che non prevedeva più, neanche come eventualità, il ricorso agli accordi individuali per l'attivazione del lavoro agile, ma era fondato su una logica di ulteriore limitazione delle presenze degli uffici, disponendo appunto che lo stesso avrebbe costituito la modalità ordinaria di prestazione di lavoro.

Pertanto, immediatamente con la nota 15312 del 20/03/2020 la Direzione Aziendale rappresentava a tutti i Direttori delle articolazioni aziendali che risultava ormai cogente ed indifferibile provvedere a verificare, per ogni dipendente assegnato, la possibilità di accesso al regime del c. d. lavoro agile, prevedendolo quindi quale modalità di lavoro ordinaria; come circostanza residuale, nell'ipotesi normativamente prevista dal comma 3 della disposizione ultima citata, in cui non fosse stato possibile ricorrere al lavoro agile, si suggeriva l'utilizzo degli strumenti delle ferie, ove possibile su richiesta, ed ove indispensabile d'ufficio, e della rotazione/turnazione del personale, anch'essa contemplata dal suddetto comma 3, comunque in misura massima del 30% come *extrema ratio*, anche al fine di garantire la presenza di un presidio presso gli uffici in alternanza allo smart working.

Non sono peraltro mancate successive ulteriori circolari quali la n. 17244 dell'01/04/2020, in cui, con il riferimento alle norme del D. L. 18/2020 (e quindi del citato articolo 87) ed ai contenuti della direttive assessoriali intervenute si ribadiva la necessità di prevedere ordinariamente lo smart working per il personale amministrativo e tecnico ed ad organizzare in maniera funzionale le presenze del personale sanitario non direttamente impegnato nell'emergenza, ricorrendo agli strumenti, della turnazione, delle ferie e dei congedi, nell'ottica della riduzione degli accessi e quindi del rispetto delle norme sul distanziamento sociale.

A seguito dell'emanazione del D.L 19 maggio 2020, n. 34, con particolare riferimento all'articolo 263 che, nella sua originaria formulazione, disponeva l'adeguamento delle misure adottate in materia di lavoro agile all'esigenza di progressiva riapertura di tutti gli uffici pubblici correlata al graduale riavvio delle attività produttive e commerciali avvenuta al termine del periodo di c.d. "lockdown", la Direzione aziendale interveniva originariamente con la circolare prot. n. ASP 26151 del 21 05 2020, con la quale si invitavano i responsabili delle strutture Aziendali a valutare il graduale rientro dallo smart working del personale interessato secondo le concrete ed effettive esigenze di servizio garantendo l'alternanza in ufficio dei dipendenti, naturalmente fermo restando l'obbligo di mantenere il distanziamento sociale.

Successivamente al progressivo attenuarsi della prima fase dell'emergenza sanitaria ed in relazione al già citato articolo 263 del D.L. 34/2020 ed al DPCM 11 giugno 2020, con la direttiva prot. n. ASP/30425 del 16/06/2020 gli stessi responsabili venivano inviati a disporre il rientro presso le rispettive sedi di lavoro del personale fino ad allora autorizzato allo smart working. Si assisteva pertanto ad una rilevante contrazione del ricorso allo strumento del lavoro agile, con la sola eccezione dei lavoratori aventi diritto a svolgere la prestazione di lavoro in tale modalità, sulla scorta delle varie disposizioni legislative vigenti (lavoratori c.d. fragili, genitori di minori in DAD etc.).

Le successive modifiche all'articolo 263 del D. L. 34/2020, hanno subordinato l'applicazione del lavoro agile, prevista per il 50% del personale impiegato nelle attività che possono essere svolte in tale modalità a condizione che l'erogazione dei servizi rivolti a cittadini ed imprese avvenisse con regolarità, continuità ed efficienza, nonchè nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente, introducendo, pertanto, ampi margini di discrezionalità operativa per le singole amministrazioni

Nella seconda fase dell'emergenza sanitaria da COVID 19, a seguito del DM 19 ottobre 2020 del Ministro per la Pubblica Amministrazione sullo smart working (che attua le norme del c.d. decreto Rilancio, il più volte citato D. L. 34/2020, alla luce dei DPCM del 13 e 18 ottobre 2020 contemperando l'esigenza di contrasto alla pandemia con la necessità di continuità nell'erogazione dei servizi), il lavoro agile nella P.A. ha finito per costituire, per espressa previsione contenuta nell'articolo 1 comma 1, una delle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa e, quindi, non l'unica modalità ordinaria, come avvenuto nella fase emergenziale precedente.

La Direzione Aziendale interveniva conseguentemente con la circolare prot n. ASP/56419 dell'11/11/2020, con la quale:

- si prendeva atto del suddetto D.M. che consentiva fino al 31/12/2020 l'adibizione a lavoro agile di almeno il 50% del personale impegnato in attività che possono essere svolte secondo questa modalità, e, tenendo anche conto dell'evolversi della situazione epidemiologica, nelle percentuali più elevate possibili, compatibili con le loro potenzialità organizzative e con la qualità e l'effettività del servizio erogato;
- si attribuiva ai dirigenti responsabili delle singole strutture la competenza all'adozione dei provvedimenti organizzativi in materia di lavoro agile, rimettendo alla responsabilità di ogni Direttore di U.O.C. il buon funzionamento dell'azione amministrativa in un momento di alta emergenza in cui serve la massima collaborazione dei dipendenti ognuno per il proprio ruolo rivestito pur nel riconoscimento ove possibile e indispensabile dell'attività degli stessi in modalità da remoto;
- si prevedeva la possibilità di consentire la rotazione nell'ambito di ogni settimana tra giornate di presenza e giornate da remoto dello stesso dipendente, nonché la rotazione tra soggetti diversi e/o di diversa qualifica secondo le esigenze imprescindibili dagli stessi rappresentate.

In conclusione, si fa osservare che nel ricorso alla modalità di lavoro agile, sono state intraprese azioni rivolte a valorizzare al massimo la loro funzionalità ed al contempo tentando di trasformare in progress le eventuali difficoltà operative incontrate in risorsa per l'ottimizzazione dei cicli lavorativi; non va sottaciuto che in merito le scelte aziendali sono state adottate dovendosi confrontare costantemente con la circostanza di essere un ente del S.S.N., direttamente impegnato con il proprio personale a fronteggiare l'emergenza epidemiologica e le altre esigenze di tutela della salute pubblica.

Per una valutazione da punto di vista quantitativo nella sottostante tabella sono riportate le giornate di lavoro espletate in modalità agile ed il numero dei dipendenti interessati nell'ultimo quadrimestre dell'anno ripartiti per genere e mese:

Dati	Donne					Uomini					Totale complessivo				
	set	ott	nov	dic	Totale	set	ott	nov	dic	Totale	set	ott	nov	dic	Totale
Giornate	39	112	1241	756	2148	10	37	513	241	801	49	149	1754	997	2949
Dipendenti	5	10	191	147	217	2	6	77	52	83	7	16	268	199	300

Nel successivo prospetto viene evidenziata la suddivisione del personale relazione all'area di appartenenza con riferimento allo stesso periodo:

Conteggio numero di dipendenti per Area in "smart working" distribuiti per sesso			
Area	Donne	Uomini	Totale complessivo
Comparto	186	75	261
Dirigenza	31	8	39
Totale complessivo	217	83	300

Nell'anno 2021 con la nota prot. n. circolare n. ASP/13709 del 09/02/2021 la Direzione aziendale invitava i dirigenti responsabili delle singole strutture a revocare le autorizzazioni allo smart working, con eccezione per particolari e documentati casi di fragilità dei dipendenti, nella considerazione che tutto il personale delle Aziende Sanitarie era stato privilegiato sotto il profilo del beneficio della precedenza nella vaccinazione, probabilmente anche allo scopo di potere essere mantenuto in presenza per far fronte all'emergenza pandemica. Con la circolare n. ASP/15352 del 12/02/2021, in accoglimento della proposta di parte sindacale, tale disposizione era stata sospesa per un periodo di 30 giorni. Decorso il suddetto termine, la direttiva riprendeva l'originaria integrale efficacia e pertanto con la nota prot. n. 10710/DRU del 13/04/2021 veniva rinnovato l'invito ai dirigenti responsabili delle singole strutture a provvedere alla revoca delle autorizzazioni in essere, fatte salve le suddette eccezioni inerenti ai particolari casi di fragilità del dipendente.

Per effetto del decreto del Presidente del Consiglio del 23 settembre scorso, il lavoro agile ha cessato, infine, di essere una delle modalità ordinaria di svolgimento del lavoro alle dipendenze delle PP.AA.

In attuazione all'articolo 1 comma 1 del suddetto provvedimento, il decreto del Ministro per la Pubblica amministrazione dell'08/10/2021, stabiliva il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della P.A. a partire dal 15 ottobre, prevedendo che ogni amministrazione adottasse le misure organizzative necessarie all'attuazione delle misure previste dal DM.

Chiusa la parentesi relativa a quello emergenziale, per quanto riguarda la modalità di lavoro agile ordinaria, (per intenderci quella introdotta dall'art. 18, co. 1, della L.81/2017), in ambito aziendale era stato predisposto il relativo Regolamento, che veniva sottoposto alle OO.SS. e poi regolarmente sottoscritto per l'adozione, a cui però non si è ritenuti di addvenire, stante la necessità di procedere al suo adeguamento in previsione della emanazione di Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche contemplata ai sensi dell'art. 1, co.6, del citato decreto del Ministro per la P.A. dell'08/10/2021, delle quali in data 30/11/2021 è stato pubblicato il relativo Schema.

Tali linee guida a loro volta sono state emanate nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al triennio 2019-21 che disciplineranno, a regime, l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale, e dei quali appare quindi opportuno rimanere in attesa prima dello stesura di un nuovo strumento regolamentare

I FATTORI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE

a) le misure organizzative

Nell'organizzazione del Lavoro Agile, secondo quanto indicato dall'art. 3 del decreto 19 ottobre 2020, un ruolo centrale è svolto dal Direttore di struttura (personale dirigente), di concerto con i direttori delle macrostrutture a cui afferiscono. Nel rispetto del regolamento in vigore e in quello di prossima approvazione per il Lavoro Agile, il Direttore provvederà alle seguenti attività:

- **individuare**, in collaborazione con gli altri direttori, i criteri per la tipologia di attività che possono essere svolte da remoto, anche in un'ottica di sviluppo ed ampliamento futuro delle stesse e, parallelamente, definire quelli utili alla valutazione del grado di autonomia necessario per lo svolgimento delle attività da remoto. Per garantire omogeneità e rigore metodologico e evitare il rischio di valutazioni arbitrarie, l'Azienda adotta un approccio che prevede criteri e una pesatura di punteggi, così da motivare le valutazioni effettuate. Secondo l'approccio adottato, i processi che possono essere gestiti in modalità agile devono essere:

- Standardizzati
- Digitalizzati

L'approccio prevede, per la ricognizione della situazione attuale, il ricorso ai due criteri illustrati con una graduazione su tre possibili livelli (3=alto, 2=medio, 1=basso), valutando l'adeguatezza dei processi alla modalità agile in base al punteggio complessivo (considerando un'attività adeguata al lavoro agile se ha un punteggio ≥ 4 su 6).

Standardizzazione (1 min, 3 max)	Digitalizzazione (1 min, 3 max)
1= assenza di prassi/gestione estemporanea/assenza di indicatori di qualità	1= processo gestito con vincoli fisici
2=esistenza prassi non procedurizzata o senza adeguati indicatori di qualità	2=processo gestito in modo digitale ma con vincoli fisici (documenti cartacei, ecc.)
3=esistenza procedura codificata e misurabile	3=processo completamente gestito in modo digitale

Si prevede la rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza, facendo attenzione nel dare priorità ai lavoratori fragili;

Si adotta tempestivamente un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove esistente, negli ambiti e quando si dovesse presentare, per evitare che il lavoro agile possa portare ad un peggioramento della qualità percepita.

- **ridefinire** i parametri di accesso alla modalità di Lavoro Agile, consentendo, anche in situazione non emergenziale, di beneficiare dello *smart working* anche a dirigenti e personale sanitario, nonché ai dipendenti a tempo determinato e in comando, tenendo sempre presente il principio della volontarietà nell'adesione e ponendo particolare attenzione alla componente femminile;
- **individuare** la modalità più consona ai fini della conciliazione dei tempi di vita e tempi di lavoro;
- **garantire** la flessibilità rispetto alla fascia orario di reperibilità e al diritto di disconnessione del dipendente, al fine di garantire pari dignità lavorativa, evitando di essere reperibili h 24.

b) lo spazio di lavoro

Il dipendente, al quale sarà consentito di svolgere il Lavoro Agile presso una qualunque sede adeguata allo svolgimento di tale modalità lavorativa, avrà cura di svolgere la propria attività professionale in un luogo che possa garantire la propria incolumità personale, la sicurezza delle informazioni e la qualità del proprio lavoro, evitando quindi postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche o che possano creare situazioni di pericolo. A supporto di ciò, l'Azienda si impegna a garantire l'applicazione della normativa per l'infortunio sul lavoro anche per il dipendente che svolge la sua prestazione lavorativa in modalità agile, nonché a rafforzare ulteriormente le procedure per assicurare la gestione sicura dei dati e informazioni aziendali in linea, altresì, con le indicazioni fornite da AGID.

c) le piattaforme tecnologiche

Per consentire l'adozione del Lavoro Agile come modalità lavorativa ordinaria, l'azienda ha in programma di fornire ai dipendenti che beneficeranno di tale modalità gli strumenti adeguati, provvedendo progressivamente al rinnovo delle apparecchiature informatiche già in dotazione al personale.

Si prevede, altresì, che, a regime, i risparmi derivanti da tale implementazione e dai piani di razionalizzazione della spesa siano finalizzati ad investimenti in infrastrutture e strumenti digitali funzionali a supportare l'adozione del Lavoro Agile.

d) le competenze professionali

L'Azienda riconosce che la digital transformation nell'organizzazione del lavoro della PA richiede un'attenzione specifica all'allineamento tra strategia, cultura e persone. Pertanto, nell'ottica di favorire l'adesione al Lavoro Agile e integrarlo sempre più nell'organizzazione aziendale, l'Azienda promuove una transizione culturale, soprattutto per i dirigenti, orientata al raggiungimento dei risultati e prevede l'introduzione di iniziative formative volte a consentire lo sviluppo di un set di competenze (soft, manageriali, tecniche e digitali) in aggiunta alle competenze già possedute dai dipendenti, Dirigenti e non, in quanto necessarie per svolgere le rispettive attività quotidiane, e garantire ai dipendenti tutti gli strumenti adeguati allo svolgimento della propria prestazione lavorativa anche da remoto

Soggetti, processi e strumenti del Lavoro Agile

Di seguito si descrivono i principali attori coinvolti nel processo di organizzazione e monitoraggio del Lavoro Agile in l'Azienda:

- Dirigenti, quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi dell'ufficio di propria competenza; con una particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto, all'assicurazione di percorsi formativi e informativi per tutto il personale e, infine, al monitoraggio dei risultati ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa;
- Comitato unico di garanzia (CUG), che contribuisce alla definizione dei criteri necessari per consentire all'Azienda di organizzare ed attuare il Lavoro Agile e degli aspetti della prestazione lavorativa che hanno un diretto impatto sul benessere organizzativo dei dipendenti;
- Organismo indipendente di valutazione (OIV), che sarà coinvolto nel processo di definizione di una metodologia adeguata per la selezione degli indicatori necessari per il monitoraggio dell'attuazione del Lavoro Agile e della performance organizzativa, direttamente impattata da questa nuove modalità di lavoro;
- Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), che insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile e alle quali l'Azienda deve attenersi per l'implementazione della modalità di Lavoro Agile.

STRUMENTI del Lavoro Agile

Strumento	Descrizione	Finalità
Accordi individuali	Predisposizione di accordi che regolamentano lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile	Attuazione
Report di sintesi	Documentazione di sintesi, su base settimanale o mensile, che consente al singolo dirigente una gestione e organizzazione del lavoro efficace, anche da remoto. Tale modalità verrà progressivamente superata in favore di strumenti più snelli.	Monitoraggio



Programma di sviluppo del Lavoro Agile

L’Azienda prevede la definizione di un Programma di sviluppo del Lavoro Agile che riflette l’ambizione di diffondere e consolidare una cultura manageriale orientata al raggiungimento di obiettivi e risultati nella gestione delle risorse umane, in condizioni di maggiore autonomia e responsabilità dei singoli.

Il Programma verrà inserito nel presente documento come premesso nella sezione introduttiva del documento, segue una logica di *Change management*, articolandosi in tre fasi:

- *Avvio*: Fase iniziale di diffusione della modalità di Lavoro Agile. Il focus verte sulla necessità di garantire salute e sicurezza, continuità del lavoro, abilitazione dei dipendenti all’uso degli strumenti tecnologici e benessere del personale;
- *Sviluppo intermedio*: Fase intermedia durante la quale, l’obiettivo è garantire lo sviluppo di stili manageriali orientati ai risultati, garantendo maggiore autonomia e responsabilità;
- *Sviluppo avanzato*: Fase finale di sviluppo del Lavoro Agile, in cui l’Azienda si impegna a consolidare una cultura manageriale orientata ai risultati – adeguando, ad esempio, strutture organizzative e procedure amministrative - e a garantire la visibilità di tali assetti organizzativi.

Indicatori di misurazione

Nella definizione degli indicatori e dei rispettivi livelli attesi scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi che saranno descritti nel Programma, l’Azienda seguirà i seguenti criteri.

Dovrà essere prestata particolare attenzione nella definizione degli indicatori utili a misurare e valutare il potenziale contributo del Lavoro Agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi.

A tal fine, dovranno essere presi in considerazione indicatori oggettivamente misurabili (es. riduzione/aumento dello straordinario e delle assenze) che in relazione alle serie storiche degli anni precedenti possano dare evidenza dell’impatto che il Lavoro Agile ha sulla performance organizzativa. E’ possibile monitorare se la maggiore flessibilità connessa a questo istituto porta nel tempo ad una riduzione del tasso di assenteismo connesso a motivi personali e familiari (compresa legge 104), a una riduzione dei congedi parentali o ad un incremento della % di part-time o a un ritorno al tempo pieno da parte dei/delle dipendenti.

Ferma restando l’autonomia decisionale dei responsabili delle organizzazioni aziendali uno strumento utile per la misurazione in questione può essere rappresentato dalla scheda di report allegata alla circolare prot. n. sg5 1651 del 07/04/2020, report che si riporta di seguito per comodità di consultazione e che consente la verifica puntuale del rapporto fra le pratiche assegnate e quelle espletate.

U.O. _____

NOMINATIVO _____ PROFILO _____

DAL ___ AL... _____

DATA	TIPOLOGIA LAVORO
01/04/2020	Predisposizione proposta delibera

_____, lì,

Sig/Sig.ra _____

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE¹⁵

In questa sottosezione è contenuto il Piano del Fabbisogno del personale 2021/2023. Infatti, con la deliberazione n. 682 del 09/06/2021, come modificata dalle deliberazioni n. 1129 del 29/09/2021, n. 1235 del 14/10/2021, n. 1429 del 19/11/2021, n. 1480 del 30/11/2021 e n.1488 del 03/12/2021, è stato rideterminato il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2021-2023 e la relativa dotazione organica, approvati dall'Assessorato della Salute della Regione Sicilia con decreto n. 1498 del 31 dicembre 2021 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana – Parte I n. 3 del 21/01/2022.

Con successiva delibera 1379 del 21 settembre 2022 e con delibera n 1064 del 19 luglio 2022 ad invarianza di spesa, sono state apportare ulteriori modiche alla dotazione organica e al piano del fabbisogno su citato che risulta, quindi, aggiornato.

Si rinviano pertanto ai suddetti atti i cui contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”* pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 173 del 27/07/2018 e dalle direttive regionali emanate in materia.

L'approccio per la loro stesura risulta molto flessibile in funzione della variabilità ambientale attuale, ma cerca di tenere comunque conto del grado di compatibilità tra i possibili scenari futuri e i principali vincoli di sistema. Proprio a causa di questa variabilità, l'impostazione di questa edizione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale privilegia la definizione degli spazi di manovra economici. Ciò al fine di mantenere sempre attuale lo strumento a fronte di probabili mutamenti di scenario che possono indurre in ogni momento cambiamenti significativi nelle priorità di reclutamento.

Il piano triennale dei fabbisogni di personale, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del D.Lgs. n. 165 del 2001, così come novellato dal D.Lgs. n. 75 del 2017, è uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e di assicurare, da parte delle amministrazioni destinatarie, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Il PTFP dell'Azienda viene definito in coerenza con l'attività di programmazione complessivamente intesa sia come documento che si pone alla base delle regole costituzionali di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. Nella predisposizione del PTFP l'Azienda si pone l'ambizioso obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione del Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti.

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze, soprattutto in questo periodo, possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno, ove ci si trovi di fronte a situazioni non prevedibili, e purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si ispira il PTFP dell'Azienda è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie per far fronte ai fabbisogni. Il PTFP dell'Azienda, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira quindi ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

¹⁵ Il suddetto atto programmatico è consultabile al seguente indirizzo:

https://www.asppalermo.org/Archivio/regolamenti/Dotazione%20Organica%2003.12.2021/190206_Piano_dei_Fabbisogni_triennale_2021-2023_v.1.0_20211203.pdf

1	MACROPROFILI	Personale dipendente			Personale dipendente			Personale dipendente		
		Posti Vacanti 2021	Piano del Fabbisogno (Teste) 2021	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)	Posti Vacanti 2022	Piano del Fabbisogno (Teste) 2022	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)	Posti Vacanti 2023	Piano del Fabbisogno (Teste) 2023	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)
2										
3	PERSONALE DIRIGENTE									
4	di cui Medici	8	866	88.541.278	196	1.064	108.785.126	244	1.301	133.151.092
5	di cui Veterinari	- 3	68	6.492.320	13	81	7.733.498	9	90	8.592.776
6	di cui Altri Dirigenti Sanitari	- 10	149	11.494.897	32	181	13.819.707	73	254	19.156.862
7	di cui Dirigenti PTA	15	50	4.357.708	19	69	5.790.743	10	79	6.605.971
8	TOTALE DIRIGENTE	10	1.133	110.886.203	260	1.395	136.129.074	336	1.724	167.506.701
9	PERSONALE COMPARTO									
10	di cui Infermiere	83	1.109	48.803.541	65	1.174	51.663.983	295	1.482	65.091.070
11	di cui Altro Comparto Sanitario	10	305	13.717.012	60	365	16.286.779	82	447	19.685.090
12	di cui OSS-OTA-ASA	- 4	275	9.724.243	3	278	9.832.194	82	357	12.633.510
13	di cui Personale della riabilitazione e Fisioterapisti	- 3	144	6.170.659	59	203	8.362.672	87	290	11.728.039
14	di cui Comparto Amministrativo e Professionale	18	531	19.524.361	92	623	23.245.359	40	663	24.719.892
15	di cui Altro Comparto Tecnico	101	489	17.558.446	90	579	20.599.780	62	641	22.881.626
16	TOTALE COMPARTO	205	2.853	115.498.263	369	3.222	129.990.767	648	3.880	156.739.227
17	TOTALE FABBISOGNO PERSONALE 2021	215	3.986	226.384.466	629	4.617	266.119.841	984	5.604	324.245.929

3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale a dicembre dell'anno precedente

Ruolo	Ctg	Contratto	Personale	Profilo	Posizione	Posti previsti		
Amministrativo		Dirigenza PTA		Dirigente amministrativo		28		
	DS	Comparto		Collaboratore amministrativo professionale senior		39		
	D	Comparto		Collaboratore amministrativo professionale		140		
	C	Comparto		Assistente amministrativo		122		
	B	Comparto		Coadiutore amministrativo		328		
	A	Comparto		Commesso		18		
Professionale		Dirigenza PTA		Dirigente	Architetto	1		
					Avvocato	6		
					Ingegnere	22		
	D	Comparto		Collaboratore tecnico-professionale	Architetto	2		
					Specialista della comunicazione istituzionale	2		
					Ingegnere	12		
Sanitario		Dirigenza medica		Dirigente	Medico	74		
				Medico veterinario	4			
				Dirigente	Medico	1227		
					Medico veterinario	86		
					Medico odontoiatra	3		
		Dirigenza non medica		Dirigente	Farmacista	3		
					Psicologo	1		
				Dirigente	Biologo	44		
					Chimico	5		
					Farmacista	47		
					Fisico	5		
					Pedagogista	21		
					Psicologo	116		
					Professioni sanitarie	9		
			D	Comparto	Infermieristico	Collaboratore professionale sanitario	Infermiere	1482
							Ostetrica	100
					Prevenzione	Collaboratore professionale sanitario	Assistente sanitario	52
							Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	109
					Riabilitazione	Collaboratore professionale sanitario	Educatore professionale	30
							Fisioterapista	139
							Logopedista	34
							Ortottista-assistente di oftalmologia	3
		Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva		22				
		Terapista occupazionale		17				
		Tecnico della riabilitazione psichiatrica		43				
		Tecnico-sanitario		Collaboratore professionale sanitario	Dietista	10		
					Tecnico audiometrista	2		
					Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	2		
					Tecnico di neurofisiopatologia	7		
					Tecnico ortopedico	2		
			Tecnico sanitario di laboratorio biomedico		69			
			Tecnico sanitario di radiologia medica		96			
Tecnico		Dirigenza PTA		Dirigente	Analista	1		
					Servizio Sociale	2		
					Sociologo	16		
					Statistico	3		
		D	Comparto		Collaboratore professionale assistente sociale	110		
						Mediatore culturale	3	
						Collaboratore tecnico-professionale	29	
		C	Comparto		Assistente tecnico	21		
						Programmatore	56	
		BS	Comparto		Operatore socio sanitario	309		
						Operatore tecnico specializzato	57	
	B	Comparto		Operatore tecnico	365			
	A	Comparto		Ausiliario specializzato	48			
Totale						5604		

Dotazione organica per Settore (Rif.: delibera n. 1488 del 03/12/2021)

3.3.2 Formazione del personale

Per l'Azienda la formazione e l'aggiornamento professionale rappresentano le leve fondamentali per la crescita professionale dei dipendenti, al fine di rispondere in modo adeguato ai cambiamenti imposti dall'ordinamento.

Le attività di formazione sono in particolare finalizzate a:

- valorizzare il patrimonio professionale presente nell'ente;
- assicurare il supporto conoscitivo al fine di assicurare l'operatività dei servizi migliorandone la qualità e l'efficienza;
- garantire l'aggiornamento professionale in relazione all'utilizzo di nuove metodologie lavorative ovvero di nuove tecnologie, nonché il costante adeguamento delle prassi lavorative alle eventuali innovazioni intervenute, anche per effetto di nuove disposizioni sopravvenute;
- favorire la crescita professionale del lavoratore e lo sviluppo delle potenzialità dei dipendenti in funzione dell'affidamento di incarichi diversi e della costituzione di figure professionali polivalenti;
- incentivare comportamenti innovativi che consentano l'ottimizzazione dei livelli di qualità ed efficienza dei servizi pubblici, nell'ottica di sostenere i processi di cambiamento organizzativo.

Punti di congruenza tra gli obiettivi strategici aziendali e il piano formativo aziendale 2022

Si mettono in rilievo in particolare alcuni punti di adeguata congruenza tra i corsi programmati nel piano formativo aziendale approvato con delibera n. 1570 del 16-12-2021

Obiettivo 1 : screening

Corso ecm id 8191 : Ruolo del Medico di Medicina Generale nei PDTA di screening oncologici

Corso ecm id 8392: IL TSRM nello screening mammografico 3° corso di aggiornamento

Obiettivo 4: Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita

Corso ecm id 8141: Gestione infermieristica del neonato al ricovero: preparazione del posto letto e accoglienza

Obiettivo 6: Donazione organi

Corso ecm : Donazione organi e tessuti (programmato)

Obiettivo 11: Piani Attuativi Aziendali

Punto 1.1 Area sanità pubblica e prevenzione

1.1 Sanità veterinaria

Corsi ecm id 8311: Tubercolosi bovina: conoscerla per eradicarla

Corsi ecm id 8522: Diagnostica per immagini in medicina veterinaria: utilizzo dell'ecografia a supporto delle attività del canile sanitario

Corso ecm id 8602: Metodologia di valutazione del comportamento animale e del cane aggressivo

Punto 2.1 Sicurezza dei pazienti

Corsi ecm id 8564 Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti

Punto 2.2 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza

Corso ecm id 8202 La comunicazione assertiva ed empatica in Hospice

Punto 3.2 Fragilità

Corso ecm id 7994: La valutazione e la gestione degli interventi negli esordi psicotici

Corso ecm id 8563: Disturbo da uso di alcool e rischi correlati l'identificazione precoce ed il counseling motivazionale breve nei setting opportuni

SEZIONE 4: GOVERNANCE E MONITORAGGIO

In questa sezione sono indicate le modalità di governance del processo di stesura e le modalità di monitoraggio del PIAO che l'Ente strumenti di programmazione.

4.1 Governance del PIAO

L'interdisciplinarietà e l'innovatività di questo strumento di programmazione rende necessario prevedere una modalità di governance in grado di garantire sinergia e complementarietà in fase di progettazione del format del documento, stesura e collazione dei diversi contributi, verifica della sua coerenza con le prescrizioni normative e con le priorità dell'Amministrazione. A tal fine il Direttore Generale dell'Ente, con nota prot. n. 164214 del 31/08/2022, ha costituito un gruppo di lavoro finalizzato al coordinamento della redazione del PIAO e del suo monitoraggio. Tale gruppo di lavoro, come integrato con nota prot. n. 210785 del 28/10/2022, è coordinato dal Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione e di esso fanno parte tutti i Dirigenti (o Dipendenti da essi individuati) delle Strutture aziendali che hanno competenze nelle materie oggetto del PIAO quali, in particolare:

- la Direzione Generale
- la UOC Coordinamento Staff Strategico
- la UOC Programmazione Controllo di Gestione
- la UOC Gestione Informatica Aziendale
- la UOC Stato Giuridico Programmazione e Acquisizione Risorse Umane
- la UOC Trattamento Economico e previdenziale delle Risorse Umane
- la UOC Psicologia,

oltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, al Responsabile per la Trasparenza, al Gestore per le segnalazioni sospette-Antiriciclaggio e al Referente aziendale in materia di Sanità Digitale della Regione Siciliana.

4.2 Monitoraggio del PIAO

L'Asp di Palermo intende porre in essere un nuovo e peculiare modello di monitoraggio inteso come funzionale, integrato e permanente che ha ad oggetto congiuntamente tutti gli ambiti della programmazione dell'amministrazione, in linea anche con le linee guida predisposte da ANAC.

Per il monitoraggio delle sottosezioni "*Valore pubblico*" e "*Performance*" l'ASP di Palermo, in coerenza con quanto stabilito dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150/2009 e dal Sistema di misurazione e valutazione della performance si avvarrà dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

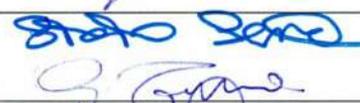
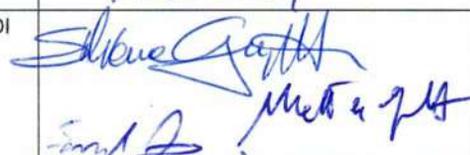
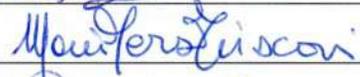
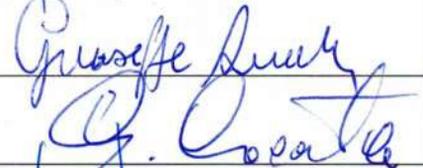
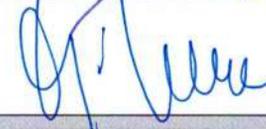
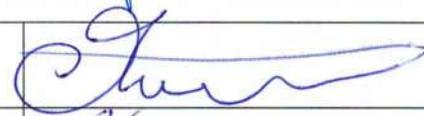
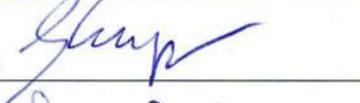
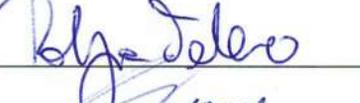
In relazione alla Sezione "Organizzazione e Capitale Umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) mentre il monitoraggio della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" verrà effettuato in base alle indicazioni fornite dall'ANAC.

4.3 Comunicazione del P.I.A.O.

L'Azienda ha l'obbligo di comunicare il processo e i contenuti del P.I.A.O. in coerenza con il comma 4 dell'art. 6 del Decreto Legislativo 80/2021.

Il P.I.A.O. viene pubblicato sul sito internet istituzionale www.asppalermo.it in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata: "Amministrazione Trasparente"

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva relativa alle strutture aziendali che hanno curato la predisposizione delle Sezioni/Sottosezioni del presente documento che, con la firma ne attestano la garanzia del contenuto:

Articolazione PIAO	Struttura che ha provveduto alla stesura della sezione/sottosezione	
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE		
1.1 Chi Siamo	Direttore UOC COORDINAMENTO STAFF STRATEGICO Dott. F. Monterosso	
1.2 Come Operiamo		
1.3 Cosa Facciamo	Direttore UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE Dott. S. Bellomo	
1.4 L'Amministrazione in cifre		
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE		
2.1 VALORE PUBBLICO:	UOC COORDINAMENTO STAFF STRATEGICO	
2.1.1 Mandato Istituzionale e Missione	Dott.ssa T. Di Falco	
2.1.2 L'Analisi del Contesto Interno ed Esterno	Dr. C. Gambino	
2.1.3 L'Analisi Swot	Dr.ssa M.A. Aragona	
2.1.4 L'albero delle priorità strategiche		
2.1.5 La Transizione Digitale	UOC GESTIONE INFORMATICA AZIENDALE Ing. Stefano Serra Ing. Giovanni Frisco	
2.1.6 Programma Aziendale delle azioni della Missione 6 del Piano Nazionale Di Ripresa e Resilienza (PNRR)	UOC SVILUPPO E GESTIONE PROGETTI SANITARI Ing. S. Colletta	
2.2 PERFORMANCE	UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE	
2.2.1 L'Albero della Performance	Dott.ssa S. Gugliotta Ing. Matteo Guddo	
2.2.2 Il Ciclo della Gestione della Performance	Dott. Samuel Arrigo	
2.2.3 Il Piano delle Azioni Positive	UOC PSICOLOGIA Dott.ssa M.T. Triscari	
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA		
2.3.1 La Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE Dott. G. Rinaldi	
2.3.2 La Mappatura dei Processi		
2.3.3 L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi	RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA Dott. G. Cacciatore	
2.3.4 Le misure organizzative per il trattamento del rischio e monitoraggio	GESTORE PER LE SEGNALAZIONI SOSPETTE-ANTIRICICLAGGIO Dott. L. Leva	
2.3.5 Le misure organizzative in materia di Trasparenza e il monitoraggio		
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO		
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	Direttore UOC COORDINAMENTO STAFF STRATEGICO Dott. F. Monterosso	
	Direttore UOC STATO GIURIDICO PROGRAMMAZIONE E ACQUISIZIONE RISORSE UMANE Dott. G. Campisi	
	UOC TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZIALE DELLE RISORSE UMANE Dott.ssa P. Tedesco	
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	Direttore UOC STATO GIURIDICO PROGRAMMAZIONE E ACQUISIZIONE RISORSE UMANE Dott. G. Campisi	
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE		
3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente	UOC TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZIALE DELLE RISORSE UMANE Dott.ssa P. Tedesco	
3.3.2 Strategia di copertura del fabbisogno		
3.3.3 Formazione del personale	Direttore UOC COORDINAMENTO STAFF STRATEGICO Dott. F. Monterosso	
4. SEZIONE 4: GOVERNANCE E MONITORAGGIO		
4.1 Governance del PIAO	Direttore UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE Dott. S. Bellomo	
4.2 Monitoraggio del PIAO		

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

Scheda obiettivo	
Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2022-2024: obiettivo 3c)	
PUNTI 5	
SUB-OBIETTIVO N. 1 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 25%)	
Intraprendere azioni volte a garantire maggiore trasparenza e la prevenzione della corruzione.	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della legalità destinata a tutti i dipendenti, con particolare riferimento a coloro che gestiscono procedimenti/processi a più alto rischio di fenomeni corruttivi. Le azioni dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico: 1) l'analisi e mappatura dei processi e procedimenti, in seno all'Area di riferimento, che riguardano concessioni/autorizzazioni ed erogazioni di beni e servizi sovvenzioni come individuati dall'Autorità con Delibera Anac 468/2021; 2) identificazione dei rischi e delle misure di prevenzione idonee al loro contenimento; 3) monitoraggio e realizzazione dei correlati obblighi di pubblicazione da realizzarsi sul sito istituzionale nella prevista sezione di Amministrazione Trasparente; 4) attività di monitoraggio periodico sul rispetto dei tempi procedurali secondo quanto previsto dall'art. 1, co.28, della l.190/2012. La misura consente di far emergere eventuali omissioni e anomalie nonché ritardi e/o interruzioni nella conclusione dei procedimenti che possono essere sintomatici di fenomeni di cattiva amministrazione.
Indicatore	Inoltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente, per ciascuna Area di Riferimento le seguenti indicazioni: 1) denominazione processi/procedure analizzate; 2) per ciascun processo o procedura indicazione dei rischi individuati e dei correlati fattori abilitanti il rischio; 3) per ciascun rischio e correlati fattori abilitanti di cui al punto 2). L'indicazione delle misure di prevenzione previste. Invio dell'attestazione dei realizzati adempimenti di pubblicazione obbligatori
Valori attesi	Trasmissione Relazione attestante l'analisi dei processi/procedimenti in due fasi (50% entro il primo semestre e 100% finale)
Data inizio/fine	Entro il 30/06/2022 Entro il 30/11/2022
SUB-OBIETTIVO N. 2 (% sul peso complessivo degli obiettivi di PTPC = 25%)	
Intraprendere azioni volte a garantire la insussistenza di conflitti di interesse.	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sul tema conflitto di interessi ed obbligo di astensione come regolamentati dal PTPC Aziendale. Le azioni di sensibilizzazione dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico, il potenziamento e il monitoraggio dei controlli delle dichiarazioni da rendere in materia di obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, ai sensi dell'Art. 6 e 7 del DPR 62/2013 e dell'art. 6-bis della l. 241 del 1990.
Indicatore	1. acquisizione e conservazione in seno alle strutture di appartenenza delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi prodotte dai dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a responsabile unico del procedimento; 2. monitoraggio della situazione, attraverso l'aggiornamento, con cadenza periodica annuale della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ricordando a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate; 3. esemplificazione di alcune casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara); 4. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale (ad esempio, il responsabile dell'ufficio nei confronti del diretto subordinato); 5. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione; 6. azione di sensibilizzazione volta ad incentivare l'utilizzo della apposita modulistica prevista dal vigente PTPC finalizzata alla presentazione tempestiva delle dichiarazioni di cui ai modelli F, D, E
Valori attesi	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei Referenti aziendali di un report ove siano indicati: - i nominativi dei dipendenti che nell'ambito della Struttura di appartenenza, nel corso dell'anno hanno prodotto le dichiarazioni come previste dal vigente PTPC sia al momento dell'assegnazione all'ufficio o nel corso di svolgimento di attività istituzionali ad es. in caso di nomina a responsabile unico del procedimento/responsabile del procedimento .
Data inizio/fine	Entro il 30/11/2022

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

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

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

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

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

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

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

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Legale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	implementazione di un file di monitoraggio della normativa caricata in piattaforma ed eventuali aggiornamenti (Monitorare la normativa caricata in piattaforma - Azione PAC A1.1)	3		SI (allegare relazione e report)	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	10.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.E - Adempimenti Legge 24/2017: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	7	SI	SI (allegare relazione)	
totale peso				100			

*Seguente tipologie di giudizio:

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

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

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

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

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

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

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Programmazione e coordinamento degli interventi progettuali in integrazione e coerenza con la pianificazione strategica aziendale ed in accordo con le procedure e le linee guida aziendali di riferimento allo specifico ambito progettuale	3.1	n. di progetti coordinati/ monitorati / n. di progetti assegnati (PSN,QSN,Progetti Europei, ecc.)	35		100%	
4	Ricognizione semestrale di tipo prospettico dei progetti in essere e/o relativo inventario finalizzato alla rendicontazione verso il competente Ass.to regionale	4.1	n. di report prodotti all'Assessorato / n. di report richiesti dall'Assessorato	25		100%	
5	Rilascio del parere di congruità alle strutture proponenti i progetti	5.1	n. di progetti approvati / n. di progetti presentati	30		100%	
			totale peso	100			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene urbana e lotta al randagismo

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

Dipartimento della Salute della Famiglia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1); Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina	4.1	Raggiungimento dei sub-obiettivi indicati nella scheda SCR allegata	15		100%	
5	Promozione dell'allattamento	5.1	Realizzazione delle attività di competenza previste dal D.A.n. 1539 del 5 settembre 2018 "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Macroobiettivo 1 Azione promozione allattamento al seno. Adozione di Linee di indirizzo policy aziendale delle strutture pubbliche e private della Regione Sicilia"	3	SI	SI (allegare relazione)	
6	Psicologia delle adozioni e Psicologia della genitorialità	6.1	Realizzazione di un percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali	5	SI	SI (allegare relazione)	
		6.2	Adesione al progetto "Percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali": N. coppie partecipanti al progetto / N. coppie invitate a partecipare	5	40 / 40 100%	>=60%	
		6.3	Revisione e aggiornamento delle procedure di intervento adottate dalla UOS genitorialità	5	SI	SI (allegare relazione)	
		6.4	Numero colloqui effettuati su richiesta degli enti accreditati alla UOS genitorialità / Numero totale colloqui richiesti dagli enti accreditati	5	63 / 67 94%	>=90%	
7	Fisiopatologia della riproduzione	7.1	N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio	4	74 / 81 91,35%	>= 90%	
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	8.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	5	SI	SI (allegare relazione)	
9	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	9.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: 4.1) Punti nascita: Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist 4.2.1) Nei PN senza (TIN): 4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP) 4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO) 4.2.2) Nei PN (con TIN): 4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI 4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	5	SI	SI (allegare report e relazione)	
10	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipativa del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	10.1	Soddisfamento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 128 (Presenza di una o più iniziative per informare i cittadini sulla conservazione e sulla donazione delle staminali emopoietiche del sangue nei punti nascita aziendali)	4		SI (allegare relazione)	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
12	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	12.1	UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia (UOS di Corleone)	4	100%	100%	
		12.2	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	4	90,00%	100%	
		12.3	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.F. Ingrassia - DO PA3	4	91,73%	100%	
		12.4	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2 (compreso la UOSD Pediatria di Partinico e la UOS di Corleone)	4	100,00%	100%	
		12.5	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	4	100,00%	100%	
		12.6	UOSD Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico	4		100%	
				100			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<p align="center">Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Laboratorio d'analisi - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico</p>						
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	5	Si (allegare documento)	
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	5	Si (allegare giorni e ore della settimana)	
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio e miglioramento della comunicazione	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.4	N° esami di Laboratorio con Valori critici comunicati alle UU.OO. del P.O / N. esami di Laboratorio rilevati	10	>=90%	
5	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualita' dei processi Laboratoristici regionali</i>	5.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	10	Si (allegare documento)	
6	Dipartimento Diagnostica di Laboratorio Gestione e monitoraggio della qualità	6.1	Monitoraggio analisi critiche attraverso il circuito interlaboratorio VEQ CRQ Sicilia	5	Si (allegare documento)	
		6.2	Attività di monitoraggio delle conformità / Non conformità rilevate ed eventuali azioni correttive rispetto ai circuiti interlaboratori VEQ	5	Si (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
totale peso				100		

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	5	Si (allegare documento)	
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	5	Si (allegare giorni e ore della settimana)	
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio e miglioramento della comunicazione	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.4	N° esami di Laboratorio con Valori critici comunicati alle UU.OO. del P.O/ N. esami di Laboratorio rilevati	10	>=90%	
5	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i>	5.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	10	Si (allegare relazione)	
6	Dipartimento Diagnostica di Laboratorio Gestione e monitoraggio della qualità	6.1	Monitoraggio analisi critiche attraverso il circuito interlaboratorio VEQ CRQ Sicilia	5	Si (allegare documento)	
		6.2	Attività di monitoraggio delle conformità / Non conformità rilevate ed eventuali azioni correttive rispetto ai circuiti interlaboratori VEQ	5	Si (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
totale peso				100		

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "C.F. Ingrassia" di Palermo						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	5	Si (allegare documento)	
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	5	Si (allegare giorni e ore della settimana)	
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio e miglioramento della comunicazione	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio / N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	
		4.4	N° esami di Laboratorio con Valori critici comunicati alle UU.OO. del P.O/ N. esami di Laboratorio rilevati	10	>=90%	
5	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i>	5.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	10	Si (allegare relazione)	
6	Dipartimento Diagnostica di Laboratorio Gestione e monitoraggio della qualità	6.1	Monitoraggio analisi critiche attraverso il circuito interlaboratorio VEQ CRQ Sicilia	5	Si (allegare documento)	
		6.2	Attività di monitoraggio delle conformità / Non conformità rilevate ed eventuali azioni correttive rispetto ai circuiti interlaboratori VEQ	5	Si (allegare relazione)	
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
totale peso				100		

<p style="text-align: center;">Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Anatomia e Istologia patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo</p>						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	
3	Tempestività della refertazione casi oncologici	3.1	N. casi oncologici refertati entro 20 gg dall'arrivo del campione / N. totale casi oncologici refertati	15	>=90%	
4	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<p><i>Screening oncologici: (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)</i> <i>Screening oncologico relativo al tumore del colon retto e del ca della cervice uterina</i></p>						
5	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i>	5.1	Partecipazione ai circuiti interlaboratori regionali e Nazionali con particolare riguardo alle VQ per HPV	20	Si (allegare documento)	
6	Riduzione dei tempi di refertazione del PAP test	6.1	N. Casi di citologia cervico-vaginale refertati entro 20 gg dall'accettazione in Anatomia Patologica / N. di casi di citologia cervico-vaginale accettati	15	≥80%	
7	Riduzione dei tempi di refertazione HPV-DNA test	7.1	N. HPV-DNA test refertati entro 12 giorni dall'accettazione in Anatomia patologica / N. HPV-DNA test accettati	20	≥80%	
8	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening relativo al tumore colon retto	8.1	Aggiornamento del PDTA dello screening del cervico carcinoma del colon retto	15	Si (allegare documento)	
totale peso				100		

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Medicina Trasfusionale						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	
3	Miglioramento delle informazioni agli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. C. Medicina trasfusionale in funzione dell'adeguamento alla ISO 9001-2015 e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	25	Si (allegare documento)	
4	Revisione del Manuale Buon uso del sangue	4.1	Aggiornamento del Manuale del Buon uso del sangue e della modulistica di riferimento e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale con monitoraggio PBM (Patient Blood Medical)	20	Si (allegare documento)	
5	Valutazione del rischio trasfusionale: monitoraggio dati SISTRA	5.1	Rilevazione indicatore: N. richieste trasfusionali conformi per appropriatezza clinica / N. totale delle richieste trasfusionali	20	>=70 %	
6	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	6.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	10	Si (allegare documento)	
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	7.1	Realizzazione dell'intervento 2.6.B Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2021 N.B.: Il sub-obiettivo 2.6.B sarà conseguito: o al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della quantità di Plasma prevista per il sub obiettivo 2 pari a + 60 Kg di plasma rispetto all'anno 2018 o La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 60 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto Per scostamenti > del 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.	10	Vedi NB	
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	
			totale peso	100		

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

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

Screening oncologico relativo al tumore della mammella

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

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

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

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

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

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

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

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

Dipartimento Emergenza-Urgenza

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

Dipartimento Emergenza-Urgenza

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

Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Terapia Intensiva - DO1 P.O. "Civico" di Partinico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimentodi Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	30/30 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)	
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	26/66 39,39%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)	
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg	15		DM 2021 - 2 gg	
totale peso				100			

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

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

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

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

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

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

Dipartimento Cure Primarie							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5		100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5		100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	
4	- Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	4.1	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante ed ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	25		Si (allegare report)	
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Cure primarie	15		100%	
		5.2	UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15		100%	
		5.3	UOC Medicina legale e fiscale	15		100%	
		5.4	UOC Cronicità e percorsi assistenziali	15		100%	
			totale peso	100			

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

Dipartimento Cure Primarie
UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna

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

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

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

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

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria

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

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

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

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

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5		100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5		100%	
3	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	3.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15		>80%	
		3.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10		>120 (allegare relazione)	
4	Presa in carico pazienti con deterioramento cognitivo e familiari nel percorso di assistenza	4.1	n. pazienti presi in carico con fascicolo personale / n. pazienti che si presentano per la prima visita	30		80%	
5	Eleggibilità e presa in carico dei pazienti, presenza di protocolli e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei setting CDCD e CDA	5.1	n. procedure / n. snodi del percorso tra CDCD e CDA	30		SI (report e relazione)	
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5		SI	
totale peso				100			

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

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

Dipartimento Risorse Umane

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Distretti

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

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

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

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)

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

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

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

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

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

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

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

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

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

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

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

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	335/335 100%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	1.192/1.208 98,7%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

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

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

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 90/90 2) 90/90 3) 90/90 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	30/31 96,7%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	16.834/31 543	>120 (allegare relazione)	
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)						
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	10		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		Sì (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	Stralciato		
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	99	Sì (allegare relazione)	

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

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	1/1 1) 230/230 2) 230/230 3) 230/230 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	19/20 95%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	>100	>120 (allegare relazione)	
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)	
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	>3%	SI (allegare relazione)	
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	259	SI (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	582 / 582 100%	>=80%	
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	250/250 100%	>=90%	
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5		SI (allegare relazione)	
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%	
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)

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

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)

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

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Biondo"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	3/3 100% 1) 458/458 2) 434/434 3) 459/479	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	38/39 97,4%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	40.799/38 =1.074	>120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	213 / 213 100%	>=80%	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Casa del Sole"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	2/2 100% 1) 31/31 2) 30/31 3) 30/31	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	14/17 82%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	6.443/17=379	>120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	38/38 100%	>=80%	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "E. Albanese"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	1/2 1) 101/101 2) 101/101 3) 101/101 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	30/31 96,77%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	1135	>120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	73/89 82%	>=80%	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Guadagna"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	2/2 100% 1) 223/223 2) 202/211 3) 205/209	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	22/22 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	15.309/22 =695	>120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		SI (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	1.030 / 1.030 100%	>=80%	
totale peso				100			

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Centro"							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5		100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021- 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5		100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc \geq 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc \geq 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15		\geq 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15		\geq valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)	
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10		$>$ 120 (allegare relazione)	
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15		Sì (allegare relazione)	
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5		100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA	
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15		Sì (allegare relazione)	
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15		\geq 80%	
totale peso				100			

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

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

area 3
UOC Coordinamento amministrativo presidi ospedalieri e territoriali

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

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

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

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

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

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

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

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	15	60/60 100%	>=90%	
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	51/51 100%	>=90%	
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	72/72 100%	100%	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2022 = DM 2021 - 2 gg	10	9,70	DM 2021 - 2 gg	
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	10		Sì (allegare relazione)	
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	10		Sì (allegare relazione)	

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

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

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

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

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

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

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

Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		Si (allegare relazione)	
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)	
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UO CCure primarie)	
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	72	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)	
10	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	1/1 = 100%	>=70%	
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5		Si (allegare relazione)	

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

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

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOS Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
		8.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		SI	
9	Miglioramento oragnizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	98/571 17,16% (sab/dom)	>=5%	
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5	1,56/2=0,78	0,8 (allegare relazione)	
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5		valore 2022 >=10% del valore 2021 (allegare relazione)	
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	5		100 %	
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	88/571 15,41% fonte ADT	>=10%	
		totale peso				100	

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

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

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipativa del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	4.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	5		SI (allegare relazione)	
5	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		SI (allegare report)	
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (interventi di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		SI (allegare relazione)	
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	SI	SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)	

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

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

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

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

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

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

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

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

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

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOC Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	4		>90% (allegare relazione)	
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	105/553 18,99% (sab/dom)	>=25%	
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	1,50/2=0,75	>= 1 (allegare relazione)	
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4		100 %	
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	91/553 16,46% fonte ADT	>=50%	
totale peso				100			

Presidi Ospedalieri

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

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	4.1	Soddisfaccimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 47 (Presenza di report periodici circa l'effettiva pratica della prenotazione diretta delle visite e degli esami post-ricovero) Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	10		SI (allegare relazione)	
5	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)	
		5.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10		SI (allegare relazione)	
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		SI (allegare report)	
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in doinne non precesarizzate, PTCA in pazienti con IMA STEM, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10		SI (allegare relazione)	

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

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

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Medicina generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<p><i>Modalità organizzativa che garantisce la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i></p> <p>Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni</p>	4	114/562 20,28% (sab/dom)	>=20%	
		9.2	<p><i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i></p> <p>Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti</p>	4	1,54/2=0,77	0,8 (allegare relazione)	
		9.3	<p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p>	4		valore 2022 >= 10% valore 2021 (allegare relazione)	
		9.4	<p><i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i></p> <p>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita</p>	4		100 %	
		9.5	<p><i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i></p> <p>n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni</p>	4	52/562 9,25% fonte ADT	>=30%	
			totale peso	100			

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

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia - UTIC							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
8	Miglioramento dell'attività assistenziale	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOOC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOOC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4		>90% (allegare relazione)	
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOOC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	4		Si (allegare relazione)	
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		Si (allegare relazione)	
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		Si	
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3	203/953 21,30% (sab/dom)	>=25%	
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dai bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	2,46/2=1,23	>= 1 (allegare relazione)	
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	3		100 %	
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	213/953 22,35% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

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

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

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

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

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

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

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

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOS Direzione Sanitaria di Presidio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
				totale peso	100		

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Valutazione per ricovero in reparto di Unità Spinale		N. pazienti con proposta di ricovero formulata in Ambulatorio che si ricoverano in Unità Spinale / 20 dei pazienti con proposta di ricovero per Unità Spinale	45		80%	
4	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti ambulatoriali del Centro "Villa delle Ginestre"	4.1	N. pazienti con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. pazienti destinatari di progetto riabilitativo	45		>=100% (allegare report)	
			totale peso	100			

Dipartimento Chirurgia

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

Dip. Chirurgia

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

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

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

7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	74/314 23,57% (sab/dom)	>=25%	
		7.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5	0,42/1=0,42	>= 1 (allegare relazione)	
		7.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		7.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	5		100 %	
		7.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	47/314 14,97% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2019	V.A. 2022	V.R. 2022
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1, 2 e 3 indicati nella scheda PTPC allegata	5	100%	100%	
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	5	100%	100%	
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20		100%	
4	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	20		>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2022 = DM 2021 - 0,5 gg	15		DM 2021 - 0,5 gg	
6	Miglioramento organizzativo	6.1	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì (allegare relazione)	
		6.2	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	10		Sì	
7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5		>=25%	
		7.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5		>= 1 (allegare relazione)	

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

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

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

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

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

7	Miglioramento organizzativo degenza	7.2	<p><i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i></p> <p>Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti</p>	5	0,68/1=0,68	>= 1 (allegare relazione)	
		7.3	<p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p>	5		valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)	
		7.4	<p><i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i></p> <p>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita</p>	5		100 %	
		7.5	<p><i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i></p> <p>n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni</p>	5	182/420 43,33% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8	Miglioramento organizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	36/384 9,38% (sab/dom)	>=25%	
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	0,84/1=0,84	>= 1 (allegare relazione)	
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	4		100 %	
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	323/384 84,11% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

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

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

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

8	Miglioramento organizzativo degenza	8.1	<p><i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i></p> <p>Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni</p>	3	58/372 15,59% (sab/dom)	>=25%	
		8.2	<p><i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i></p> <p>Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti</p>	3	0,82/1=0,82	>= 1 (allegare relazione)	
		8.3	<p><i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i></p> <p>Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni</p>	3		valore 2022 >= 1,2 x valore 2021 (allegare relazione)	
		8.4	<p><i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i></p> <p>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita</p>	3		100 %	
		8.5	<p><i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i></p> <p>n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni</p>	3	182/372 48,92% fonte ADT	>=50%	
			totale peso	100			

Allegato 2 - Le schede di valutazione individuale

ALLEGATO 2

LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

Scheda di valutazione anno _____
Area Dirigenza
Direttore di UOC/Macrostruttura

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

Colloquio di condivisione degli obiettivi è stato effettuato il ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

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

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

CALCOLO PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

PUNTEGGIO AREA A) Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità	0,00
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali, competenze professionali, manageriali e tecnico scientifiche	0,00
PUNTEGGIO AREA C) Competenze manageriali specifiche	0,00
TOTALE*	0,00

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

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

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

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 60/100

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

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

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

Punteggio area A

0,00

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

AREA B - peso 25/100

Comportamenti generali

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

Competenze professionali e manageriali

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

Competenze tecnico scientifiche

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

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 15/100

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

Scheda di valutazione anno _____

Area Dirigenza

Dirigenti con incarico *professional* o di Responsabile UOS

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

Assegnazione degli obiettivi in data ____/____/____

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

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

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

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

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

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 55/100

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

Descrizione degli obiettivi assegnati e definizione del valore atteso (indicare da 1 a max 3 obiettivi)	Peso obiettivo*	% ragg. obiettivo	Punteggio
a.1			0
a.2			0
a.3			0
Punteggio area A			0,00

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

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 30/100

Comportamenti generali

b.1 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di programmare le attività dell'U.O. in funzione dei bisogni degli utenti e per la soddisfazione delle loro esigenze	1	2	3	4	5
b.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto degli impegni assunti.	1	2	3	4	5
b.3 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o delle direttive aziendali	1	2	3	4	5
b.4 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso una costante attività di aggiornamento e la condivisione delle conoscenze nel gruppo di lavoro	1	2	3	4	5
b.5 RELAZIONI CON I COLLEGHI Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'Unità Operativa	1	2	3	4	5

Competenze professionali e manageriali

b.6 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA Indica la capacità di costruire piani di lavoro integrati multi professionali, anche con le altre UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio.	1	2	3	4	5
b.7 CAPACITA' DI INNOVAZIONE Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
b.8 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta	1	2	3	4	5
b.9 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE b.9.1 Per i Responsabili U.O.S.:Capacità di individuare le specifiche competenze dei propri collaboratori, di valorizzarle attraverso l'attribuzione di specifici compiti e obiettivi, nonché di differenziare i giudizi ai fini delle valutazioni. b.9.2 Per la Dirigenza professionale:capacità di individuare e valorizzare le specifiche competenze dei propri collaboratori.	1	2	3	4	5
b.10 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Indica il grado di conoscenza delle linee strategiche aziendali e di partecipazione alla loro definizione attraverso contributi specifici	1	2	3	4	5
b.11 GESTIONE DELLE RELAZIONI INTERNE AL GRUPPO DI LAVORO Indica il grado di autorevolezza nel determinare un clima relazionale di collaborazione nell'U.O.	1	2	3	4	5
b.12 GESTIONE DEI CONFLITTI Indica la capacità di prevenire e gestire gli eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della struttura che con altre strutture	1	2	3	4	5

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 15/100

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

Scheda di valutazione anno _____
Area Comparto

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

Assegnazione degli obiettivi in data ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

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

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

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

--

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

Timbro e firma del Responsabile UOS _____

Timbro e firma del Direttore UOC/Macrostruttura _____

Firma del valutato _____

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

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

Punteggio area A

0,00

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

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

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

b.1 COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI Indica la capacità di svolgere la propria attività con competenza ed efficienza in relazione alla propria qualifica professionale.	1	2	3	4	5
b.2 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nell'affrontare e risolvere i problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nell'agire il proprio ruolo.	1	2	3	4	5
b.3 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di formulare adeguate risposte e possibili soluzioni alle necessità e ai bisogni dell'utenza, programmando ed espletando la propria attività in funzione di quest'ultima	1	2	3	4	5
b.4 RELAZIONE CON I COLLEGHI Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
b.5 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto agli impegni assunti.	1	2	3	4	5
b.6 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione o dei compiti.	1	2	3	4	5
b.7 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso l'autoformazione e l'aggiornamento.	1	2	3	4	5
b.8 RAPPORTO CON L'UTENZA Indica il grado di cortesia e disponibilità nella risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 20/100

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