



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

*Regione Siciliana*  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**PALERMO**



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE -  
2023-2025**

Adottato con Deliberazione n. <sup>470</sup>.....del 30/03/2023

**INDICE**

<b>PREMESSA</b>	<b>3</b>
<b>SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Chi Siamo</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Come Operiamo</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Cosa Facciamo</b>	<b>7</b>
<b>1.4 L'Amministrazione in cifre</b>	<b>8</b>
<b>SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Valore Pubblico</b>	<b>9</b>
<b>2.1.1 Mandato Istituzionale e Missione</b>	<b>9</b>
2.1.2 Profilo di Salute	11
2.1.3 L'Analisi del Contesto Esterno ed Interno	12
2.1.4 L'Analisi Swot	13
2.1.5 L'albero delle priorità strategiche	14
2.1.6 La Transizione Digitale	23
2.1.7 Programma Aziendale delle azioni della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	28
<b>2.2 PERFORMANCE</b>	<b>39</b>
2.2.1 L'Albero della <i>Performance</i>	39
2.2.2 Il Ciclo della Gestione della <i>Performance</i>	40
2.2.3 Il Piano Delle Azioni Positive	54
<b>2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA</b>	<b>63</b>
2.3.1 La Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno	63
2.3.2 La Mappatura dei Processi	66
2.3.3 L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti	69
2.3.4 Le misure organizzative per il trattamento del rischio e monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	71
2.3.5 Le misure organizzative in materia di Trasparenza e il monitoraggio.	113
<b>SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b>	<b>115</b>
<b>3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA</b>	<b>115</b>
<b>3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE</b>	<b>129</b>
<b>3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE</b>	<b>138</b>
3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale a dicembre dell'anno 2021	140
3.3.2 Formazione del personale	141
<b>SEZIONE 4: GOVERNANCE E MONITORAGGIO</b>	<b>142</b>
<b>4.1 Governance del PIAO</b>	<b>142</b>
<b>4.2 Monitoraggio del PIAO</b>	<b>142</b>
<b>4.3 Comunicazione del P.I.A.O.</b>	<b>142</b>

## 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.

Per la stesura del presente documento 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 2023 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](http://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 Km<sup>2</sup> 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		
	7605	8219	13958	3691	873	1334	3674	2854	1384	43592		
Distretto 34	Capaci	Carini	Cinisi	Isola delle Femmine		Terrasini	Torretta	Totale				
	11333	39275	11941	7084		12706	4201	86540				
Distretto 35	Alimena	Blufi	Bompietro	Castellana Sicula	Gangi	Geraci Siculo	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Polizzi Generosa	Totale		
	1773	893	1224	3089	6163	1720	2992	2492	2975	23337		
Distretto 36	Baucina	Bolognetta	Campofelice di Fitalia	Cefalà Diana	Ciminna	Godrano	Marineo	Mezzojuso	Misilmeri	Ventimiglia di Sicilia	Villafrati	Totale
	1875	4097	467	987	3466	1063	6214	2682	28894	1851	3083	54679
Distretto 37	Aliminusa	Caccamo	Caltavuturo	Cerda	Montemaggiore Bels.	Sciara	Scillato	Scalfani Bagni	Termini Imerese	Trabia	Totale	
	1089	7747	3612	4942	2990	2569	614	387	25082	10505	59537	
Distretto 38	Alia	Castronovo di Sicilia	Lercara Friddi	Palazzo Adriano	Prizzi	Roccapalumba	Valledolmo	Vicari	Totale			
	3367	2865	6329	1849	4264	2264	3227	2461	26626			
Distretto 39	Altavilla Millicia	Bagheria	Casteldaccia	Ficarazzi	Santa Flavia	Totale						
	8500	53221	11643	12899	10999	97262						

Distretto 40	Bisacchino	Campo-fiorito	Chiusa Sclafani	Contessa Entellina	Corleone	Giuliana	Roccamena	Totale
		4190	1179	2577	1529	10493	1731	1394

Distretto 41	Balestrate	Borgetto	Camporeale	Giardinello	Montelepre	Partinico	San Cipirello	San Giuseppe Jato	Totale
		6239	7134	3015	2293	5857	30844	4998	8204

Distretto 42	Palermo	Altofonte	Belmonte Mezzagno	Monreale	Piana degli Albanesi	Santa Cristina Gela	Trappeto	Ustica	Villabate	Lampedusa e Linosa	Totale
		1208991	9903	10948	38665	5703	990	3055	1307	19731	6462

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

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Alia	1614	1753	<b>3367</b>
Alimena	842	931	<b>1773</b>
Aliminusa	562	527	<b>1089</b>
Altavilla Milicia	4260	4 240	<b>8500</b>
Altofonte	4807	5096	<b>9903</b>
Bagheria	25972	27249	<b>53221</b>
Balestrate	2989	3250	<b>6239</b>
Baucina	936	939	<b>1875</b>
Belmonte Mezzagno	5401	5547	<b>10948</b>
Bisacchino	2048	2142	<b>4190</b>
Blufi	423	470	<b>893</b>
Bolognetta	2023	2074	<b>4097</b>
Bompietro	583	641	<b>1224</b>
Borgetto	3533	3601	<b>7134</b>
Caccamo	3825	3922	<b>7747</b>
Caltavuturo	1751	1861	<b>3612</b>
Campofelice di Fitalia	241	226	<b>467</b>
Campofelice di Roccella	3776	3829	<b>7605</b>
Campofiorito	579	600	<b>1179</b>
Camporeale	1488	1527	<b>3015</b>
Capaci	5604	5729	<b>11333</b>
Carini	19563	19712	<b>39275</b>
Castelbuono	4013	4206	<b>8219</b>
Casteldaccia	5755	5888	<b>11643</b>
Castellana Sicula	1471	1618	<b>3089</b>
Castronovo di Sicilia	1381	1484	<b>2865</b>
Cefalà Diana	494	493	<b>987</b>
Cefalù	6771	7187	<b>13958</b>
Cerda	2436	2506	<b>4942</b>
Chiusa Sclafani	1208	1369	<b>2577</b>
Ciminna	1678	1788	<b>3466</b>
Cinisi	5884	6057	<b>11941</b>
Collesano	1766	1925	<b>3691</b>
Contessa Entellina	752	777	<b>1529</b>
Corleone	5176	5317	<b>10493</b>
Ficarazzi	6334	6565	<b>12899</b>
Gangi	2960	3219	<b>6179</b>
Geraci Siculo	850	870	<b>1720</b>
Giardinello	1154	1139	<b>2293</b>
Giuliana	870	861	<b>1731</b>
Godrano	528	535	<b>1063</b>
Gratteri	437	436	<b>873</b>

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Isnello	638	696	<b>1334</b>
Isola delle Femmine	3526	3558	<b>7084</b>
Lascari	1785	1889	<b>3674</b>
Lercara Friddi	2989	3340	<b>6329</b>
Marineo	3054	3160	<b>6214</b>
Mezzojuso	1320	1362	<b>2682</b>
Misilmeri	14327	14567	<b>28894</b>
Monreale	19030	19635	<b>38665</b>
Montelepre	2838	3019	<b>5857</b>
Montemaggiore Belsito	1435	1555	<b>2990</b>
Palazzo Adriano	875	974	<b>1849</b>
Palermo	303851	331588	<b>635439</b>
Partinico	15371	15473	<b>30844</b>
Petralia Soprana	1473	1519	<b>2992</b>
Petralia Sottana	1156	1336	<b>2492</b>
Piana degli Albanesi	2869	2834	<b>5703</b>
Polizzi Generosa	1430	1545	<b>2975</b>
Pollina	1398	1456	<b>2854</b>
Prizzi	2044	2220	<b>4264</b>
Roccamena	672	722	<b>1394</b>
Roccapalumba	1094	1170	<b>2264</b>
San Cipirello	2440	2558	<b>4998</b>
San Giuseppe Jato	4022	4182	<b>8204</b>
San Mauro Castelverde	694	690	<b>1384</b>
Santa Cristina Gela	504	486	<b>990</b>
Santa Flavia	5380	5619	<b>10999</b>
Sciarra	1274	1295	<b>2569</b>
Scillato	286	328	<b>614</b>
Sclafani Bagni	182	205	<b>387</b>
Termini Imerese	12255	12827	<b>25082</b>
Terrasini	6279	6427	<b>12706</b>
Torretta	2056	2145	<b>4201</b>
Trabia	5341	5164	<b>10505</b>
Trappeto	1514	1541	<b>3055</b>
Ustica	660	647	<b>1307</b>
Valledolmo	1548	1679	<b>3227</b>
Ventimiglia di Sicilia	909	942	<b>1851</b>
Vicari	1181	1280	<b>2461</b>
Villabate	9688	10043	<b>19731</b>
Villa frati	1511	1572	<b>3083</b>
Lampedusa e Linosa	3374	3088	<b>6462</b>
<b>TOTALE</b>	<b>589011</b>	<b>626442</b>	<b>1215453</b>

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

Fascia di età	Maschi	Femmine	Totale
0 - 13	81421	77236	158657
14 - 64	389849	398337	788186
65 - 74	66103	75355	141458
>75 anni	51638	75514	127152
<b>Totale</b>	<b>589011</b>	<b>626442</b>	<b>1215453</b>

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 cifre<sup>1</sup>

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 2023 riportate nello schema ministeriale ex DM 11/02/2002 (modello CE).

CE (Valori in Migliaia di Euro)	Preventivo 2023
<b>A) Valore della produzione</b>	
A.1) Contributi in c/esercizio	2.020.207.535
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-7.800.000
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	60.024.410
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	149.976.105
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.039.868
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	11.456.783
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0
A.9) Altri ricavi e proventi	94.140
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>2.235.998.850</b>
<b>B) Costi della produzione</b>	
B.1) Acquisti di beni	263.427.407
B.2) Acquisti di servizi	1.596.020.092
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	8.484.702
B.4) Godimento di beni di terzi	3.093.340
B.5) Personale del ruolo sanitario	238.414.843
B.6) Personale del ruolo professionale	2.841.156
B.7) Personale del ruolo tecnico	51.076.393
B.8) Personale del ruolo amministrativo	24.531.506
B.9) Oneri diversi di gestione	2.189.966
B.10) Ammortamento delle immobilizzazioni immateriali	0
B.11) Ammortamento delle immobilizzazioni materiali	11.454.870
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0
B.13) Variazione delle rimanenze	0
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	9.690.520
<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>2.211.226.705</b>
<b>C) Proventi e oneri finanziari</b>	
C.1) Interessi attivi	0
C.2) Altri proventi	0
C.3) Interessi passivi	0
<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	<b>0</b>
<b>D) Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>	<b>0</b>
D.1) Rivalutazioni	0
D.2) Svalutazioni	0
<b>Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</b>	<b>0</b>
<b>E) Proventi e oneri straordinari</b>	<b>0</b>
E.1) Proventi straordinari	0
E.2) Oneri straordinari	0
<b>Totale proventi e oneri straordinari (E)</b>	<b>0</b>
<b>Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)</b>	<b>24.772.144</b>
<b>Totale imposte e tasse</b>	<b>24.772.144</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> 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.

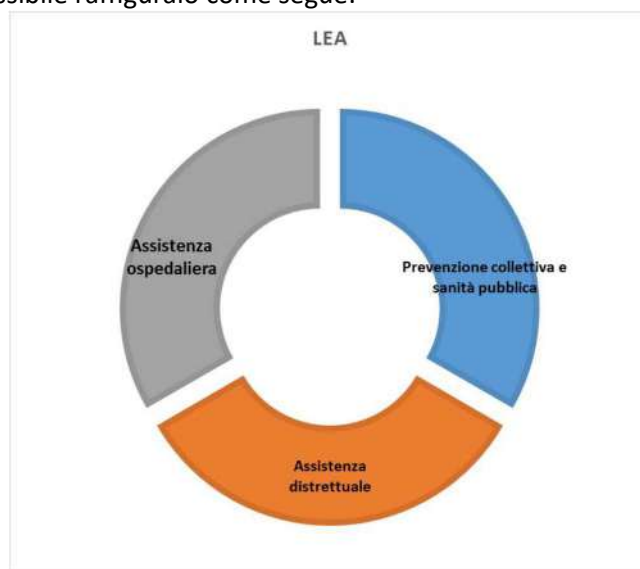
In particolare, l'Azienda persegue la propria missione attraverso le seguenti azioni:

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

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 Profilo di Salute

Il Profilo di Salute è uno strumento di analisi che, attraverso un approccio interdisciplinare, permette di "fotografare" la situazione dell'azienda, evidenziandone punti di forza e punti critici nell'ottica della promozione della salute, utilizzando preminentemente l'analisi qualitativa e quantitativa delle risorse presenti nell'azienda per lo sviluppo delle aree di cui si compone.

Tale aspetto è frutto di un percorso di programmazione interdipartimentale e multi professionale in continuità con la pianificazione strategica svolta nell'ambito della Prevenzione e della Promozione della Salute nella popolazione del territorio dell'ASP di Palermo secondo una logica e una metodologia che hanno visto la loro naturale sedimentazione nel Piano di Prevenzione Aziendale 2022-2025 approvato con Delibera N.01946 del 16/12/2022.

Tale programmazione, pertanto, trova sintesi e integrazione nella pianificazione strategica dichiarata nel PIAO tenendo in considerazione la *mission* specifica dell'ASP di Palermo che fornisce questo come strumento di lettura dei bisogni e della offerta di Salute nel territorio di riferimento.

Bisogna considerare, *in primis*, che la pandemia da *sars-Covid 19* ha determinato la necessità di avviare un percorso di innovazione, tecnologica e organizzativa, finalizzato a rifunzionalizzare la rete di offerta sanitaria, anche attraverso una maggiore valorizzazione del territorio impiegando al meglio le risorse riservate all'ambito Sanitario e Socio-sanitario dal PNRR.

L'Assistenza Sanitaria Provinciale, rappresentando eminentemente la porta d'accesso al Servizio Sanitario è la struttura istituzionalmente deputata alla promozione della prossimità delle cure, allo sviluppo delle attività di prevenzione e promozione della salute e della medicina d'iniziativa e predittiva. In tale contesto, dunque, si propone un modello di rete interdipartimentale, intersettoriale e multidisciplinare capace di supportare e presidiare la realizzazione del Piano di Prevenzione Aziendale legato agli Obiettivi di P.N.P., di P.R.P. e alle esigenze aziendali e territoriali secondo i differenti livelli di complessità e attuazione.

In tale contesto, bisogna tenere in considerazione la spinta della Pianificazione scaturita dal PNRR in cui il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria territoriale, nell'ottica di assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

Pertanto, al fine di svolgere tali funzioni, la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

Considerata la necessità di impostare un approccio olistico volto ad assicurare la centralità del cittadino/utente (con riferimento alla dimensione sanitaria, psicologica, sociale, relazionale, etc.), il raggiungimento degli obiettivi definiti dal relativo allegato alla presente sottosezione, dovrà basarsi sulla stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori quale strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico della popolazione.

Per questo motivo, dopo alcuni dati di confronto con il contesto regionale, partendo dalla lettura di quelli aziendali disponibili relativamente al periodo 2019-2020 nel documento "Profilo di Salute", allegato al presente PIAO si analizzano, in dieci paragrafi (uno per ogni distretto dell'ASP), i profili distrettuali del territorio secondo uno schema dettagliato che prevede una parte introduttiva, nella quale verranno illustrate le caratteristiche relative al territorio e alla popolazione residente di ogni singolo distretto per poi proseguire con una fase fondante

dello schema, rappresentato dall'analisi della domanda e dell'offerta sociale del distretto, da un'analisi dei codici esenzione e da un'ulteriore analisi delle prestazioni di assistenza domiciliare.

Infine, viene fornita una panoramica dei servizi presenti sul territorio del distretto, in base alle informazioni rilevate dal flusso CRIL.

Di particolare interesse è il *focus* effettuato su ognuno dei Comuni del distretto in cui è prevista la realizzazione di una Casa della Comunità (*spoke o hub*) e/o di un Ospedale di Comunità, in base alla normativa vigente, corroborato dall'analisi di domanda e offerta relativi al singolo Comune, al fine di evidenziare l'eventuale mobilità dei residenti per usufruire delle prestazioni afferenti alle varie branche.

Per maggiori dettagli si rinvia alla lettura integrale del documento "*Profilo di Salute*", allegato al presente PIAO (All. n. 1)

### 2.1.3 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.

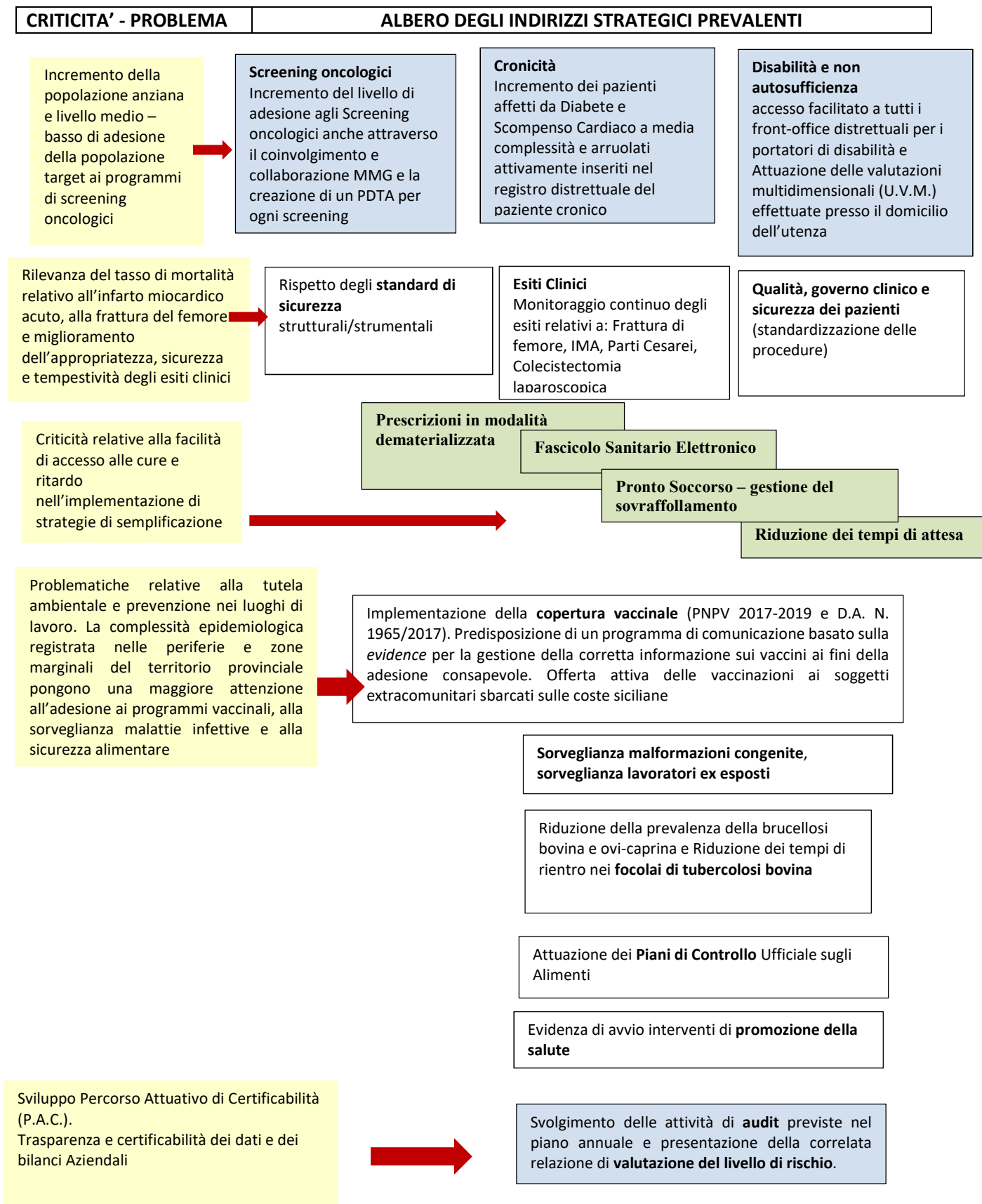
### 2.1.4 L'Analisi Swot

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;"><b>PUNTI DI FORZA (Strength)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sempre maggiore integrazione socio — sanitaria</li> <li>• Crescente integrazione tra Ospedale e Territorio.</li> <li>• Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa con risparmi ed economie.</li> <li>• Sbuocratizzazione con il potenziamento del "Medico on line", il "MyVue", resenzione con un click" e "SmarTurno".</li> <li>• Maggiore prevenzione con l'iniziativa dell'"ASP in Piazza".</li> <li>• Promozione della salute degli immigrati con la creazione di nuove specialità c/o gli ambulatori delle isole minori,</li> <li>• Potenziamento delle RSA per pazienti "fragili".</li> <li>• Attivazione di punti di eccellenza per l'attività di screening oncologici in particolare per la mammella, l'utero e il colon-retto.</li> <li>• Avvio integrazione e potenziamento della rete informatizzata aziendale a seguito aggiudicazione gara d'appalto per individuazione di una software house aziendale.</li> <li>• Programmazione e potenziamento degli interventi di Promozione della Salute e di Prevenzione</li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>PUNTI DI DEBOLEZZA (Weakness)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio.</li> <li>• Notevole riduzione del personale, non sostituito, e blocco delle Assunzioni</li> <li>• Riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane.</li> <li>• Risorse umane non stabilizzate e con contratti a termine.</li> <li>• Alta spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata.</li> <li>• Presenza di alcuni indicatori di salute negativi.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>OPPORTUNITA' ESTERNE (Opportunities)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislazione Regionale centrata sulla riorganizzazione ed integrazione Ospedale/Territorio (L.R. WO9 e indicazioni e Linee Guida di riferimento).</li> <li>• 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</li> <li>• Sviluppo di nuove tecnologie di informazione</li> <li>• 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.</li> <li>• Fondi e opportunità finanziarie finalizzati per l'attuazione di progetti specifici per target critici.</li> <li>• 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)</li> <li>• Adozione da parte della Regione della riorganizzazione della rete ospedaliera e del nuovo Piano socio-sanitario</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>EVENTI/MINACCE ESTERNE (Threats)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento progressivo della popolazione anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo).</li> <li>• Perdurare degli sbarchi di migranti in Sicilia.</li> <li>• Stato di indigenza e di forte disagio sociale di parte della popolazione.</li> <li>• Difficoltà per i medici prescrittori ad operare ulteriori restrizioni sulle prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche.</li> <li>• Carente integrazione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali e degli attori del terzo settore operanti nel territorio.</li> <li>• Passaggio di consegne tra vecchio e nuovo gestore sistemi informativi aziendali</li> </ul>

### 2.1.5 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 traduce nella esplicitazione di linee strategiche/azioni di governo, a loro volta articolati in obiettivi strategici (si rimanda all'**All. n. 2 - Schede obiettivi PNRR**, all'**All. n. 3 - Schede obiettivi Operativi e di Budget** ed all'**All. n. 4 - Schede di valutazione individuale**).

Per l'anno 2013 fermo restando gli OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO delle AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2019 – 2020 assegnati contrattualmente alle Direzioni Generali dall'Assessorato alla Salute/AGENAS e non ancora ridefiniti dal livello regionale per il 2023, (pertanto anche per il 2023 tutte le configurazioni aziendali continueranno a monitorare gli standard stabiliti rispettivamente per lo Screening, gli Esiti, le Liste d'attesa (Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa), il Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita, la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, la Donazione organi, la Prescrizione in modalità dematerializzata, il Fascicolo Sanitario Elettronico, lo Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.), e i Piani Attuativi Aziendali) per l'anno in corso l'Azienda ritiene di dare priorità strategica alle seguenti aree: Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) 2022-2025, definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche già esistenti (D.A. n. 725 del 9 agosto 2022) e realizzazione degli Investimenti della Missione 6 del PNRR (PNRR).

CRONOPROGRAMMA PER IL RIAVVIO DEL PERCORSO DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE PUBBLICHE					
N.	DESCRIZIONE ATTIVITA'	2023		2024	
		I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE
1	Aggiornamento dei Requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei Punti Nascita				
2	Aggiornamento dei Requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA				
3	Definizione dei Requisiti per le attività del Livello Essenziale di Assistenza "Prevenzione collettiva e Sanità pubblica" individuate dal Piano				
4	Aggiornamento dei Requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento di Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva				
5	Definizione dei Requisiti per i Servizi di Prossimità previsti dal PNRR				
6	Autorizzazione e accreditamento di nuove strutture e di strutture, pubbliche e private, che hanno effettuato modifiche rilevanti all'organizzazione. Rinnovo dell'accreditamento				
7	Autorizzazione e Accreditamento di Cure Domiciliari: Soggetto erogatore di CD				
8	Autorizzazione e Accreditamento di Cure Domiciliari: Soggetto deputato al governo dell'accesso alle CD				
9	Autorizzazione e Accreditamento di Aziende sanitarie provinciali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie: Requisiti generali				
10	Autorizzazione e Accreditamento di Punti Nascita				
11	Autorizzazione e Accreditamento di Residenze Sanitarie Assistenziali				
12	Autorizzazione e Accreditamento delle attività del Livello Essenziale di Assistenza "Prevenzione collettiva e Sanità pubblica" individuate dal Piano				

Da 1 a 4: attività di definizione o aggiornamento del sistema di requisiti; 6: attività indifferibili; da 8 a 12: attività connesse al procedimento di autorizzazione e/o accreditamento  
 Attività 6: Attività di studio finalizzata alla definizione del sistema di requisiti regionali da svolgersi in coerenza con con le iniziative e i provvedimenti adottati dal Ministero della Salute

Relativamente al **PIANO AZIENDALE di PREVENZIONE (PAP) 2022-2025** si tratta di realizzare tutte le azioni prioritarie (programmi predefiniti e programmi liberi) scaturenti dal bisogno di salute dell'area provinciale di Palermo. Il Profilo di Salute è frutto di un percorso di programmazione interdipartimentale e multi professionale in continuità con la pianificazione strategica nell'ambito della Prevenzione e della Promozione della Salute nella popolazione del territorio di competenza dell'ASP di Palermo secondo una logica e una metodologia che hanno visto la loro naturale sedimentazione nel Piano di Prevenzione Aziendale 2022-2025 approvato con Delibera n.01946 del 16/12/2022.

Tale programmazione, pertanto, trova sintesi e integrazione con altri aspetti prioritari della pianificazione aziendale (Sistema di Accreditamento, P.N.R.R.) nella pianificazione strategica dichiarata nel presente PIAO aggiornato per il 2023 e, in considerazione della Mission specifica dell'ASP di Palermo, fornisce questo strumento di lettura dei bisogni e della offerta di Salute nel territorio di riferimento.

Relativamente al processo di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche già esistenti si specifica che il D.A. n. 725/2022 definisce le modalità per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento, ai sensi dell'art. 8-quater del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, delle strutture sanitarie pubbliche già esistenti ed aperte al pubblico ed individua le priorità per il triennio 2023-2025.

Per il settore Cure Domiciliari (soggetto deputato al governo dell'accesso alle Cure Domiciliari), nel IV Trimestre 2022, sono state effettuate le verifiche di conformità, secondo il sistema di requisiti previsto dai Decreti Assessoriali n. 874 e n. 875 del 3 settembre 2021.

In relazione alle non conformità per il 2023 saranno predisposte delle azioni correttive che costituiscono il Programma del Piani di Adeguamento ai requisiti attraverso i Rapporti di Verifica, che verranno monitorati e attuati nel corso del 2023, secondo specifico cronoprogramma.

Nel 2023 è previsto, inoltre, l'aggiornamento dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei Punti Nascita e delle RSA.

Le aree di intervento prioritarie per il riavvio del processo di autorizzazione sanitaria e accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche per il triennio 2023-2025 sono individuate come indicato nella sopra riportata tabella.



Infine, per quanto riguarda la **realizzazione degli Investimenti della Missione 6 del PNRR** si ricorda che a seguito della Pandemia di 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 rappresenta quindi il motore per la programmazione degli investimenti e delle riforme che l'Italia prevede di attuare entro il 2026. Il piano si articola in 6 Missioni, ciascuna delle quali caratterizzata da Componenti (in totale 16), a loro volta articolate in Investimenti con il corrispettivo importo assegnato. All'interno della **Missione 6 "Salute" Componente 1 (M6C1) "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"** cui sono stati destinati 7 miliardi di euro, sono state individuate 3 linee di investimento **da attuare entro la metà del 2026**:

1. **Investimento 1.1 (2 miliardi di euro):** "Case della Comunità e presa in carico della persona" che prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti che di nuova realizzazione.
2. **Investimento 1.2 (4 miliardi di euro di cui 0,28 per COT):** "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" che mira alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. In tale investimento rientrano 0,28 miliardi per l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT).
3. **Investimento 1.3 (1 miliardo di euro):** "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" che mira all'attivazione di 381 Ospedali di Comunità.

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.

Si è reso infatti prioritario da un lato implementare l'offerta di presidi di prossimità territoriale al cittadino e dall'altro coordinare l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta.

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. Pertanto, entro il 2023 l'Azienda sarà impegnata alla realizzazione di tutte le azioni prescritte nel cronoprogramma per l'esecuzione e la realizzazione degli Investimenti della Missione 6 del PNRR:

- Componente 1 (M6C1) "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"
- Componente 2 (M6C2) "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale"

L'attuazione di tale *vision* si è tradotta nella esplicitazione di 3 macro aree strategiche/azioni di governo, di seguito rappresentate, a loro volta articolati in 25 obiettivi strategici.

Linee strategiche/Azione di governo	Obiettivi strategici	Indicatori	STRUTTURA INTESTATARIA	
<b>Attuazione Azioni Prioritarie del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) 2022-2025 (Delibera 01946 del 16/12/2022)</b>  Azioni/Attività Programmi Predefiniti (PP) e Programmi Liberi (PL)  Annualità 2023	Coordinamento, supporto e monitoraggio PAP	1.1 Individuazione e reclutamento Team Aziendale per il Coordinamento, supporto e monitoraggio PAP  1.2 N° Programmi Aziendali Coordinati e Monitorati/ N° Programmi Aziendali formalmente adottati	UOC Gestione e Sviluppo Progetti Sanitari	
	PP01 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Istituzione e partecipazione alla cabina di regia della <i>Rete Igea – Scuole che promuovono Salute</i></li> <li>2) Formazione sulle <i>Life Skills</i> in continuità all'anno 2022</li> <li>3) Individuazione e reclutamento Risorse Professionali per rilanciare le attività di Screening Scolastici (Sovrappeso-obesità e salute orale)</li> <li>4) Realizzazione attività formative in ambito scolastico Azione 7 (sicurezza luoghi di lavoro) e Azione 8 (corretto uso del sale) del PAP</li> </ol>	1.1 Formalizzazione Accordo di Rete provinciale delle Scuole che Promuovono Salute con almeno 20 Istituzioni Scolastiche  2.1 Realizzazione di almeno un evento formativo sulle <i>Life Skills</i> coinvolgendo Rete di Scuole e operatori aziendali.  3.1 Individuazione e definizione Team aziendale per potenziamento screening scolastici  4.1 Avvio e realizzazione di almeno un percorso formativo per azione con il coinvolgimento della rete di scuole.	Dipartimento Salute Mentale, NPIA e Dipendenze Patologiche	
	PP03	Avvio Azioni di prevenzione e promozione della salute relative al Programma <i>Luoghi di Lavoro che promuovono Salute</i>	Avvio e realizzazione di almeno il 5/7 delle azioni previste dallo specifico Programma PP03 per l'annualità 2023	UOC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
	PP04	Contrasto alle Dipendenze da sostanza e comportamentali	Avvio e realizzazione di almeno il 70% delle Attività previste dallo specifico Programma PP04 per l'Annualità 2023 (15 Attività programmate)	Dipartimento Salute Mentale, NPIA e Dipendenze Patologiche
	PP05	Promuovere la Sicurezza negli Ambienti di Vita	Avvio e realizzazione di almeno il 60% delle Attività previste dallo specifico Programma PP05 per l'Annualità 2023 (18 Attività programmate)	UOC Igiene degli Ambienti di Vita
	PP06	Piano Mirato di Prevenzione per il contrasto degli incidenti sui luoghi di lavoro	Avvio e realizzazione di almeno il 5/6 delle Attività previste dallo specifico Programma PP06 per l'Annualità 2023	UOC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
	PP07	Interventi di Prevenzione per il contrasto di incidenti nei settori dell'Edilizia e Agricoltura	Avvio e realizzazione di almeno il 6/11 delle Attività previste dallo specifico Programma PP07 per l'Annualità 2023/2024	UOC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
	PP08	Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	Avvio e realizzazione di almeno il 5/7 delle Attività previste dallo specifico Programma PP06 per l'Annualità 2023	UOC Psicologia

	PP09	Interventi di prevenzione e promozione della salute nell'ambito Ambiente, Clima e Salute	Avvio e realizzazione di almeno il 60% delle Attività previste dallo specifico Programma PP09 per l'Annualità 2023 (44 Attività aziendali programmate)	Dipartimento Prevenzione
	PL11	Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia cronica in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità (Tre	1. N° utenti che aderiscono a <i>Demenze</i> / N° utenti a rischio individuati dai MMG (Std 30%)  2. N° case Circondariali presenti nel territorio da coinvolgere nei percorsi di prevenzione per rischio MCNT/ N° Case Circondariali aderenti all'Accordo Intersettoriale (Std 100%)  3. N° soggetti che aderiscono ai percorsi negli istituti di pena/ N° soggetti a rischio individuati (Std da definire in relazione al contesto)	UOC Percorsi Patologie Croniche
	PL12	Azioni di supporto ai percorsi connessi agli Screening Oncologici (Prevenzione dei tumori al seno, collo dell'utero e colon-retto).	Avvio e realizzazione delle Attività previste dallo specifico Programma PL12 per l'Annualità 2023 Std = 4/4	UOC Gestionale Screening
	PL13	Promozione della salute materno-infantile e riproduttiva – inclusi i primi mille giorni.	Avvio di almeno 3/6 delle azioni previste dal PL13 per l'Annualità 2023	UOC Neonatologia e terapia Intensiva Neonatale
	PL14	Prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo di macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche	Realizzazione di almeno il 60% delle Attività/Indicatori previste dallo specifico Programma PP14 per l'Annualità 2023	UOC Impiantistica e Antinfortunistica
<b>Definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche già esistenti (D.A. n. 725 del 9 agosto 2022) (A)</b>	A15	Aggiornamento dei Requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei Punti Nascita	Verifica di conformità dei requisiti	Dipartimento della Salute della Famiglia  Direttore UOC Organizzazione Sanitaria dei Servizi alla Famiglia  Responsabile UOS Pediatria PO "Dei Bianchi" di Corleone  Responsabile UOS Ginecologia e Ostetricia PO "Dei Bianchi" di Corleone  Responsabile UOSDIP Ginecologia e Ostetricia P.O. "Civico" di Partinico  Responsabile UOSDIP Pediatria P.O. "Civico" di Partinico  Responsabile UOSDIP Neonatologia P.O. "Civico" di Partinico  Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia PO "S. Cimino" di Termini Imerese  Direttore UOC Pediatria PO "S. Cimino" di Termini Imerese

				Responsabile UOS Neonatologia PO "S. Cimino" di Termini Imerese  Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia PO "Ingrassia" di Palermo  Direttore UOC Neonatologia PO "Ingrassia" di Palermo
	A16	Aggiornamento dei Requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA	Verifica di conformità dei requisiti	Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria  Direttore UOC Integrazione Socio-Sanitaria  Responsabile UOS Coordinamento strutture residenziali e semiresidenziali  Direttore Distretto Sanitario n.42 Palermo  Responsabile UOS RSA Piana degli Albanesi  Responsabile Coordinamento RSA area urbana
	A17	Autorizzazione e accreditamento di cure domiciliari: soggetto deputato al governo dell'accesso alle cure domiciliari. D.A. 17 maggio 2021 (suppl. ord. n. 2 alla gazzetta ufficiale della regione siciliana (p. i) n. 24 del 4-6-2021 (n. 33)	Attuazione dei piani di adeguamento, secondo cronoprogramma definito nei seguenti rapporti di verifica:  - prot. n. 1038/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1039/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1040/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1041/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1042/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1043/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1044/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1045/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1046/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1047/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1048/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1049/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1050/UOQ del 30/11/2022 - prot. n. 1051/UOQ del 30/11/2022	Dipartimento Integrazione Socio-Sanitario  Dipartimento Risorse Tecnologiche, finanziarie e strutturali  Direttore Distretto n.33 di Cefalù  Direttore Distretto n.34 di Carini  Direttore Distretto n.35di Petralia Sottana  Direttore Distretto n.36di Misilmeri  Direttore Distretto n.37di Termini Imerese  Direttore Distretto n.38di Lercara Friddi  Direttore Distretto n.39di Bagheria  Direttore Distretto n.40 di Corleone

			- prot. n. 1052/UOQ del 30/11/2022	Direttore Distretto n.41 di Partinico  Direttore Distretto n.42 di Palermo  Direttore PTA Centro  Direttore PTA Biondo  Direttore PTA Casa del Sole
<b>Realizzazione degli Investimenti della Missione 6 del PNRR (PNRR)</b>	PNR R 18	Assunzione delle proposte attuative e monitoraggio/mantenimento delle attività assistenziali per il raggiungimento di target	Programmare e condividere con la Direzione Sanitaria le proposte attuative, corredate dai relativi cronoprogrammi, garantendo comunque l'attività sanitaria e parasanitaria, presso le sedi ritenute più opportune.	Direttori dei Presidi Ospedalieri Direttori Distretto e/o di Presidi Territoriali
	PNR R 19	Analisi della domanda di salute della popolazione	Garantire l'analisi aggiornata della stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni relativi ai residenti nel territorio dell'ASP, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Contesto demografico e territoriale</li> <li>•Relazione sociale (Domanda e offerta sociale)</li> <li>•Domanda soddisfatta, dei residenti, di prestazioni di specialistica ambulatoriale</li> <li>•Offerta sanitaria delle strutture presenti sul territorio</li> </ul>	Direttori di Distretto
	PNR R 20	Case di Comunità	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità;</li> <li>•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);</li> </ul>	UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari/Ufficio Speciale
	PNR R 21	Centrali Operative Territoriali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali;</li> <li>• Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale;</li> </ul>	UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari/ Ufficio Speciale  Servizio Informatico Aziendale  Referente Unico per le attività progettuali relative al Programma di intervento "Sanità Digitale della Regione Siciliana  Referente TeleMedicina Aziendale
	PNR R 22	Ospedali Di Comunità:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità;</li> <li>• Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità;</li> </ul>	UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari/Ufficio Speciale UO Bed Management e Team Aziendale (Delibera n.15 dell'11/01/2023) Dipartimento Attività Ospedaliere

	PNR R 23	“Verso Un Nuovo Ospedale Sicuro E Sostenibile”:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pubblicazione procedure di gara per interventi antisismici</li> </ul>	<p>UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari/Ufficio Speciale UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari/Ufficio Speciale Direzione Medica di Presidio P.O. Cimino di Termini Imerese</p>
	PNR R 24	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature sanitarie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostituzione apparecchiature (50% della spesa finanziata)</li> <li>• Verifica avanzamento</li> </ul>	<p>UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari/Ufficio Speciale Dipartimento di Radiologia Dipartimento Risorse Tecnologiche finanziarie e strutturali Direzioni mediche di Presidio</p>
	PNR R 25	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completamento prima fase di interventi (impiego del 75% del finanziamento)</li> </ul>	<p>UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari/Ufficio Speciale Direzione medica di Presidio Ingrassia/Villa delle Ginestre Servizio Informatico Aziendale Referente Unico per le attività progettuali relativa al Programma di intervento “Sanità Digitale della Regione Siciliana”</p>

### 2.1.6 La Transizione Digitale

La Missione Istituzionale dell'Azienda consiste nel garantire la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile. 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, l'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.

## 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) Prescrizione e somministrazione farmaci con sistema informatizzato,
  - c) 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.

## 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.

### 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.

### 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:

- Porting in cloud privato delle applicazioni critiche aziendali per assicurare robustezza e resilienza;
- Aggiornamento Infrastrutture Hardware e Software per le applicazioni legacy che non possono essere portate in cloud;
- Incremento della sicurezza informatica con le convenzioni dedicate alla sicurezza informatica.

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

## 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

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 l'intero Sistema informativo Aziendale ovvero Sistema Informativo Amministrativo (SIA), Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e Sistema Informativo Territoriale (SIT).

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.

## 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

Le 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.

In particolare 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.

### **Attività e linee di intervento**

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

#### **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.

#### **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.

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

A seguito della Pandemia di 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 Componente 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 (in grassetto le DS Capofila):

AREE	ABITANTI
AREA 1: PALERMO	730710
AREA 2: <b>TERMINI</b> - CEFALU' - PETRALIA	126890
AREA 3: <b>PARTINICO</b> - CARINI	156432
AREA 4: BAGHERIA	96565
AREA 5: <b>MISILMERI</b> - LERCARA - CORLEONE	104582

### Interventi PNRR di Edilizia Sanitaria

Tipologia di intervento	Comune	Indirizzo
Case della Comunità	ALIMENA	LARGO SALVATORE CALABRESE .snc
Case della Comunità	ALIMINUSA	Bevaio Secco .snc
Case della Comunità	BAGHERIA	Federico II .33
Case della Comunità	BALESTRATE	Gilberto .22
Case della Comunità	BISACQUINO	Camerano .2
Case della Comunità	CACCAMO	Strada Statale 285 .snc
Case della Comunità	CAMPOREALE	viale delle Betulle .6
Case della Comunità	CAPACI	Largo dei Pini .3
Case della Comunità	CARINI	Ponticelli .snc
Case della Comunità	CASTRONOVO DI SICILIA	Corso Umberto I .2
Case della Comunità	CEFALÙ	Cda Pietrapollastra .snc
Case della Comunità	CERDA	Alcide de Gasperi .2
Case della Comunità	CINISI	Piazza Caduti per la Patria .1
Case della Comunità	COLLESANO	Cda Croce .snc
Case della Comunità	CORLEONE	Corso dei Mille .2
Case della Comunità	GANGI	Cappuccini .1
Case della Comunità	GODRANO	Roccaforte .7

Tipologia di intervento	Comune	Indirizzo
Case della Comunità	LERCARA FRIDDI	Autonomia Siciliana .24
Case della Comunità	MISILMERI	Alcide de Gasperi .1-2
Case della Comunità	MONREALE	Piazza Ignazio Florio .snc
Case della Comunità	MONTEMAGGIORE BELSITO	Maria degli Angeli .44
Case della Comunità	PALERMO	Gaetano La Loggia .5
Case della Comunità	PALERMO	Messina Marine .60
Case della Comunità	PARTINICO	Piazza Casa Santa .snc
Case della Comunità	PETRALIA SOTTANA	Garibaldi .140
Case della Comunità	POLIZZI GENEROSA	Vinciguerra .26
Case della Comunità	POLLINA	Aricella .snc
Case della Comunità	SAN GIUSEPPE JATO	Macello .2
Case della Comunità	SANTA FLAVIA	Alcide de Gasperi .41
Case della Comunità	TERMINI IMERESE	Ospedale Civico .10
Case della Comunità	TRABIA	Ettore Majorana .snc
Case della Comunità	USTICA	Largo Gran Guardia .2
Case della Comunità	VALLEDOLMO	Stagnone .35
Case della Comunità	VENTIMIGLIA DI SICILIA	Piazza Santa Rosalia .8
Case della Comunità	VICARI	Principe Umberto I .snc
Case della Comunità	VILLABATE	Corso Vittorio Emanuele .128
Case della Comunità	VILAFRATI	Procida .4
Case della Comunità	LAMPEDUSA E LINOSA	Grecale .2

Tipologia di intervento	Comune	Indirizzo
Case della Comunità	LAMPEDUSA E LINOSA	Vittorio Alfieri .13
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Luigi Sarullo .19
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Luigi Sarullo .19
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Luigi Sarullo .19
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Luigi Sarullo .19
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Centrali Operative Territoriali	PALERMO	Via Gaetano La Loggia, 5
Ospedale sicuro	PARTINICO	Via Circonvallazione .1
Ospedali di comunità	LERCARA FRIDDI	Francesco Calli .snc
Ospedali di comunità	PALAZZO ADRIANO	Francesco Crispi .99
Ospedali di comunità	PALERMO	Papa Sergio I .5
Ospedali di comunità	PALERMO	Villagrazia .46
Ospedali di comunità	PALERMO	Luigi Sarullo .19
Ospedali di comunità	PALERMO	Luigi Sarullo .19
Ospedali di comunità	PALERMO	Via Luigi Sarullo .19

Tipologia di intervento	Comune	Indirizzo
Ospedali di comunità	PETRALIA SOTTANA	Contrada Sant'Elia .SNC
Ospedali di comunità	PIANA DEGLI ALBANESI	Odigitria .snc
Ospedali di comunità	TERMINI IMERESE	Ospedale Civico .10

### 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	Termine di esecuzione
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

Attività'	2023				2024				2025			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	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	Termine di esecuzione
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'		2023				2024				2025			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali												
2	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale												
3	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali												
4	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale												
5	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali												
6	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale												
7	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali												
8	Stipula dei contratti per interconnessione aziendale												
9	Centrali operative pienamente funzionanti												
10	Completamento del numero target di interventi per l'interconnessione aziendale												

### Cronoprogramma Ospedali Di Comunità

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione
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

Attività'		2023				2024				2025			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle OdC												
2	Approvazione Progetti idonei per l'indizione della gara per la realizzazione delle OdC												
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 codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle OdC un CIG per ogni CUP												
5	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli OdC												
6	OdC rinnovati interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche												

### Cronoprogramma "Verso Un Nuovo Ospedale Sicuro e Sostenibile"

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione
Milestone	Pubblicazione procedure di gara per interventi antisismici	T1 2023

Attivita'	2023				2024				2025			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	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'ammmodernamento del parco Tecnologico

Tipologia di intervento/ Apparecchiatura	Presidio Ospedaliero	Comune
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	PO Villa delle Ginestre	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio Enrico Albanese	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	PO GF Ingrassia	Palermo
TAC A 128 STRATI	PO Villa delle Ginestre	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio Enrico Albanese	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	PO Villa delle Ginestre	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	PO GF Ingrassia (Diagnostica 2)	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio Palermo Centro	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	CR Ucciardone	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio Biondo	Palermo

Tipologia di intervento/ Apparecchiatura	Presidio Ospedaliero	Comune
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio Palermo Centro	Palermo
ECOTOMOGRAFI	EX Ipai - Via Carmelo Onorato	Palermo
RMN A 1,5 T	PO GF Ingrassia	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio di Bagheria	Bagheria
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio di Lampedusa	Lampedusa
MAMMOGRAFI	Poliambulatorio di Bagheria	Bagheria
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Palazzo Adriano	Palazzo Adriano
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio Enrico Albanese	Palermo
TAC A 128 STRATI	Poliambulatorio Palermo Centro	Palermo
MAMMOGRAFI	PO Bianchi di Corleone	Corleone
MAMMOGRAFI	Po Cimino di Termini Imerese	Termini Imerese
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio di Lampedusa (piano 0)	Lampedusa
ECOTOMOGRAFI	PO GF Ingrassia	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Palazzo Adriano	Palazzo Adriano
MAMMOGRAFI	Poliambulatorio di Carini	Carini
ECOTOMOGRAFI	EX Ipai - Via Carmelo Onorato	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	PO Villa delle Ginestre	Palermo
MAMMOGRAFI	PO Civico di Partinico	Partinico
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio Palermo Centro	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	PO Civico di Partinico	Partinico
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio di Lercara Friddi	Lercara Friddi

Tipologia di intervento/ Apparecchiatura	Presidio Ospedaliero	Comune
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio di Carini	Carini
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Poliambulatorio Guadagna	Palermo
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	CR Pagliarelli	Palermo
MAMMOGRAFI	Poliambulatorio di Lampedusa (piano 0)	Lampedusa

Tipologia Di Intervento/ Apparecchiatura	Presidio Ospedaliero	Comune
HARDWARE E SOFTWARE POSTAZIONI DI LAVORO	Ospedaliero G F Ingrassia - Villa Delle Ginestre	Palermo
PIATTAFORMA APPLICATIVA PER CARTELLA ELETTRONICA CITTADINO (CCE) -VILLA DELLE GINESTRE	Presidio Ospedaliero Villa Delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo
LAVORI DI REALIZZAZIONE DI NETWORK INFORMATICO - VILLA DELLE GINESTRE	Presidio Ospedaliero Villa Delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo
HARDWARE E SOFTWARE POSTAZIONI DI LAVORO	Presidio Ospedaliero Villa Delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo
AGGIORNAMENTO HARDWARE E SOFTWARE A SUPPORTO DELLE PIATTAFORME APPLICATIVE CCE - VILLA DELLE GINESTRE	Presidio Ospedaliero Villa Delle Ginestre - G F Ingrassia	Palermo
INTERVENTO: SICUREZZA	Presidio Ospedaliero G F Ingrassia	Palermo
PIATTAFORMA APPLICATIVA PER CARTELLA ELETTRONICA CITTADINO (CCE) - GF INGRASSIA	Presidio Ospedaliero G F Ingrassia - Villa Delle Ginestre	Palermo
AGGIORNAMENTO HARDWARE E SOFTWARE A SUPPORTO DELLE PIATTAFORME APPLICATIVE CCE	Presidio Ospedaliero G F Ingrassia - Villa Delle Ginestre	Palermo
LAVORI DI REALIZZAZIONE DI NETWORK INFORMATICO - GF INGRASSIA	Presidio Ospedaliero G F Ingrassia - Villa Delle Ginestre	PALERMO
PIATTAFORMA APPLICATIVA PER CARTELLA ELETTRONICA CITTADINO (CCE)	Presidio Ospedaliero Giglio	Cefalù
LAVORI DI REALIZZAZIONE DI NETWORK INFORMATICO	Presidio Ospedaliero Giglio	Cefalù
INTERVENTO: SICUREZZA	Presidio Ospedaliero Villa Delle Ginestre	Palermo

**Cronoprogramma “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Grandi Apparecchiature Sanitarie”**

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione
Target	Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie	T4 2024

**Cronoprogramma “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Digitalizzazione DEA I e II livello”**

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione
Target	Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione -Livello I e II)	T3 2025

Al fine di dare piena attuazione alle attività relative al PNRR, si evidenzia che, la Direzione Aziendale considera fondamentale il raggiungimento delle stesse mediante l’assegnazione alle strutture interessate di specifici obiettivi, così come riportati in allegato al presente documento.

## 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.

La presente sezione rappresenta il quadro 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 ciclo di gestione della performance (fase di programmazione), ha la finalità di:

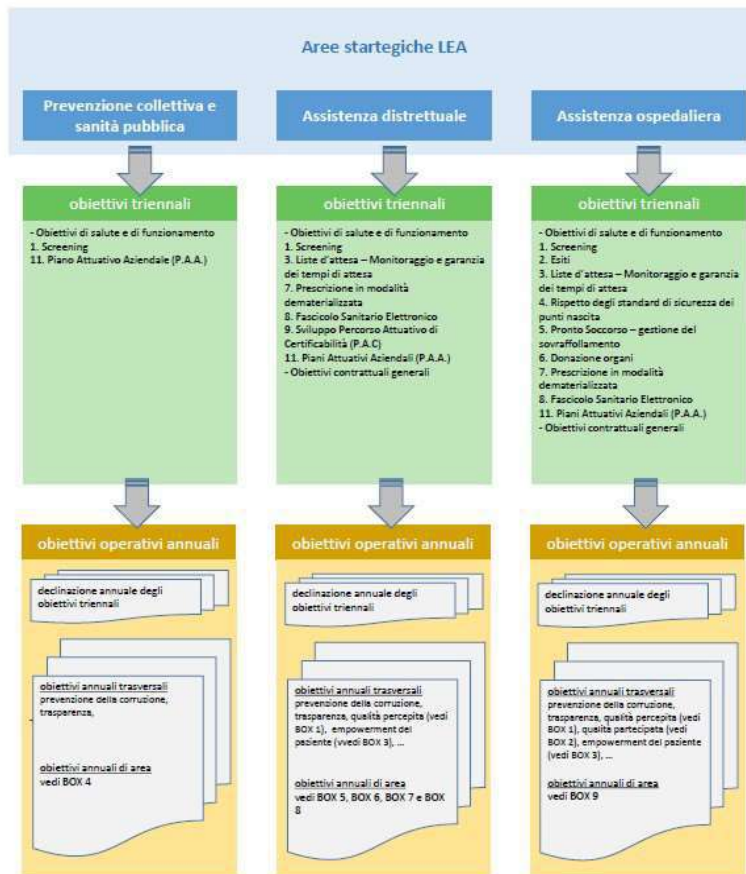
- a) supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico);
- b) migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, 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.

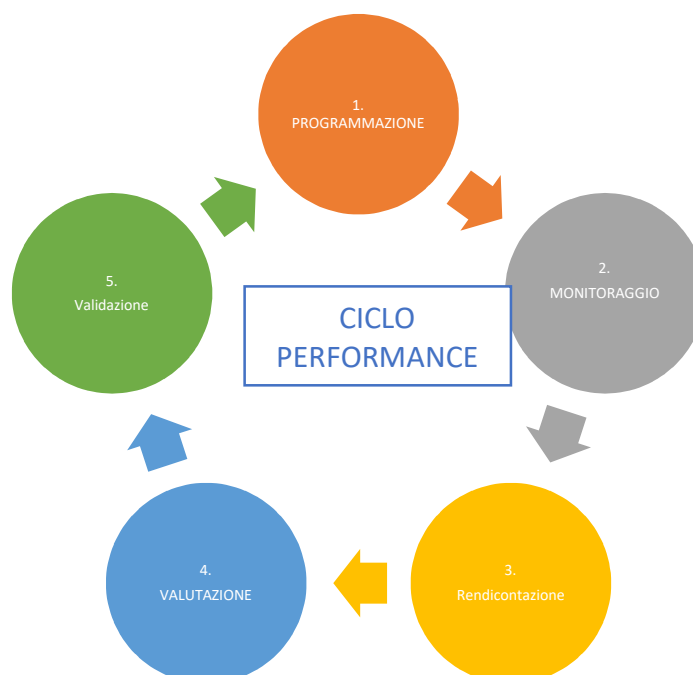
Di seguito viene rappresentato **l'Albero della Performance** che illustra sinteticamente il quadro di riferimento della *performance* dell'ente ed evidenzia, mediante l'articolazione su tre livelli (Aree strategiche LEA – Obiettivi strategici triennali – Obiettivi operativi annuali) il collegamento 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:

NOME STRUTTURA									
N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI	
				totale peso	100				

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 2023 le strutture assegnatarie di budget sono le seguenti:	
<u>STRUTTURE ASSEGNATARIE DI OBIETTIVI DI BUDGET 2023</u>	Tipo
	UO
<b>UU.OO. della Direzione Aziendale</b>	
<b>affendenti alla Direzione Generale</b>	
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
<b>affendenti alla Direzione Sanitaria</b>	
Centro gestionale screening (UOC)	UOC *
Educazione alla Salute Aziendale (UOS)	UOS
Sorveglianza Sanitaria (UOS)	UOS
Sistema informativo e statistico (UOS)	UOS
<b>affendenti alla Direzione Amministrativa</b>	
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	*
<b>I Dipartimenti Sanitari funzionali</b>		
<b>DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE</b>	DIP	*
Cronicità e percorsi assistenziali (UOC)	UOC	*
Cure primarie (UOC)	UOC	
Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (UOC)	UOC	*
Medicina legale e fiscale (UOC)	UOC	
<b>DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b>	DIP	*
Assistenza riabilitativa territoriale (UOC)	UOC	
Integrazione socio-sanitaria (UOC)	UOC	
Assistenza socio-sanitaria demenze - Centro di riferimento regionale per le demenze (UOC)	UOC	*
<b>DIPARTIMENTO ATTIVITÀ OSPEDALIERE</b>	DIP	
Programmazione e monitoraggio attività Ospedaliere area metropolitana provinciale (UOC)	UOC	*
Organizzazione ospedaliera area metropolitana provinciale (UOC)	UOC	*
Ospedalità pubblica e privata (UOC)	UOC	
<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA</b>	DIP	*
<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA</b>	DIP	*
<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA</b>	DIP	
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	
<b>I Dipartimenti Sanitari strutturali</b>		
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>	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	
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO</b>	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	
<b>DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA</b>	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
<b>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</b>	<b>DIP</b>
Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia (UOC)	UOC *
Integrazione farmaceutica ospedale-territorio (UOC)	UOC *
Farmacia ospedaliera (UOC) <i>P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo</i>	UOC
<b>DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA FAMIGLIA</b>	<b>DIP</b>
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
<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO</b>	<b>DIP</b>
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
<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b>	<b>DIP</b>
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
<b>DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA</b>	<b>DIP</b>
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
<b>i Distretti Sanitari</b>	
<b>Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)</b>	<b>UOC</b>
<b>Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)</b>	<b>UOC</b>
<b>Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)</b>	<b>UOC</b>
<b>Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)</b>	<b>UOC</b>
<b>Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)</b>	<b>UOC</b>
<b>Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)</b>	<b>UOC</b>
<b>Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)</b>	<b>UOC</b>

<b>Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)</b>	<b>UOC</b>
<b>Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)</b>	<b>UOC</b>
<b>Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)</b>	<b>UOC</b>
PTA "Biondo" (UOC)	UOC
PTA "Casa del Sole" (UOC)	UOC
PTA "E. Albanese" (UOC)	UOC
PTA "Guadagna" (UOC)	UOC
PTA "Centro" (UOC)	UOC
<b>i Distretti Ospedalieri</b>	
<b>Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico e P.O. "Dei Bianchi" di Corleone</b>	
<b>P.O. "Civico" di Partinico</b>	
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 *
<b>P.O. "Dei Bianchi" di Corleone</b>	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Medicina generale (UOSDIP)	UOS
<b>Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese e P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana</b>	
<b>P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese</b>	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)	UOC *
Medicina generale (UOC)	UOC
<b>P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana</b>	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Medicina generale (UOC)	UOC
<b>Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" e P.O. "Villa delle Ginestre" di Palermo</b>	
<b>P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo</b>	
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
<b>P.O. "Villa delle Ginestre" di Palermo</b>	
Direzione Sanitaria di Presidio (UOS)	UOS
Unità spinale (UOC)	UOC
Recupero e riabilitazione funzionale (UOC)	UOC
<b>I Dipartimenti Amministrativi</b>	
<b>DIPARTIMENTO RISORSE UMANE</b>	<b>DIP</b>
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
<b>DIPARTIMENTO RISORSE TECNOLOGICHE, FINANZIARIE E STRUTTURALI</b>	<b>DIP</b>
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<sup>2</sup>:

● 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. 135 del 02/02/2023 il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2023/2025 (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 le note prot. 01/Prev Corr del 03/01/2023 e prot. 93/Trasp del 04/01/2023 inviate rispettivamente dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e dal Responsabile della Trasparenza sono stati proposti, per l'anno 2023, al Direttore della U.O.C Controllo di Gestione. Gli obiettivi sotto indicati sono stati assegnati a tutte le strutture aziendali come parte integrante della sezione Performance 2023/2025 all'interno del presente PIAO 2023/2025, a seguito del D.L. 80/2021 convertito in legge dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113.

<b>"Scheda obiettivo</b>	
<b>Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c) PUNTI 5"</b>	
<b>OBIETTIVO N. 1</b>	
Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sulle regole di comportamento per il personale della struttura anche ai fini della promozione del valore pubblico.	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della legalità destinata a tutti i dipendenti, con particolare riferimento a coloro che gestiscono procedimenti/processi a più alto rischio di fenomeni corruttivi.
Indicatore	Inoltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente una descrizione sulle regole di comportamento adottate da ciascun referente aziendale ai fini della promozione del valore pubblico
Valori attesi	Trasmissione Relazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione
Data inizio/fine	Entro il 30/11/2023
<b>OBIETTIVO N. 2</b>	
Revisione e miglioramento della regolamentazione interna a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interesse	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sul tema conflitto di interessi ed obbligo di astensione come regolamentati dal PTPC Aziendale. Le azioni di sensibilizzazione dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico, il potenziamento e il monitoraggio dei controlli delle dichiarazioni da rendere in materia di obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, ai sensi dell'Art. 6 e 7 del DPR 62/2013 e dell'art. 6-bis della l. 241 del 1990.
Indicatore	Attività posta in essere da ciascun referente aziendale in ordine all'individuazione di azioni di miglioramento in ordine alla regolamentazione interna del codice di comportamento e della gestione di conflitto d'interesse
Valori attesi	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei Referenti aziendali di un report ove siano indicati: - i nominativi dei dipendenti che nell'ambito della Struttura di appartenenza, nel corso dell'anno hanno prodotto le dichiarazioni come previste dal vigente PTPC sia al momento dell'assegnazione all'ufficio o nel corso di svolgimento di attività istituzionali ad es. in caso di nomina a responsabile unico del procedimento/responsabile del procedimento. Nonchè una relazione circa le attività poste in essere e favorevoli ad una regolamentazione interna del codice di comportamento
Data inizio/fine	Entro il 30/11/2023

<sup>2</sup> In allegato al presente PIAO si riportano gli obiettivi operativi per l'anno 2023 e le relative schede di budget.

Per quanto invece attiene la Trasparenza, gli obiettivi assegnati a tutte le strutture inserite nel presente Piano è rappresentato di seguito

<b>Scheda obiettivo</b>	
<b>Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)</b>	
<b>OBIETTIVO N. 1</b>	
Incremento dell'attività formativa in materia di trasparenza in coerenza con le attività formative rivolte a prevenire i fenomeni corruttivi.	
Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sui temi della Trasparenza e Corruzione mediate attività di formazione anche con corsi online
Indicatore	Realizzazione delle attività di formazione attraverso corsi suggeriti dalla UOS Formazione o utilizzo di piattaforma online per tutto il personale afferente alla struttura
Valori attesi	Inoltre al Responsabile della Trasparenza di una relazione dalla quale si evincono i corsi effettuati ed il numero del personale partecipante
Data inizio/ fine	Entro il 30/11/2023
<b>OBIETTIVO N. 2</b>	
Assolvimento degli obblighi di pubblicazione previste dal D.lgs n. 33/2013 e dal PTPC 2023/2025	
Descrizione	Attività inerenti agli obblighi di pubblicazione come regolamentato dal D.lgs n. 33/2013 e dal PTPC 2023/2025
Indicatore	Realizzazione delle attività degli obblighi di pubblicazione
Valori attesi	Inoltre al Responsabile della Trasparenza di una relazione con annesso report da quale si evince la realizzazione delle attività inerenti agli obblighi di pubblicazione secondo il D.lgs n. 33/2013 ed il PTPC 2023/2025
Data inizio/ fine	Entro il 30/11/2023

Infine, ad alcune strutture aziendali sono stati assegnati anche ulteriori obiettivi specifici riguardante i temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza in virtù delle attività svolte.

- 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. In precedenza le attività collegate ai relativi obiettivi avevano avuto una battuta d'arresto a causa del perdurare della pandemia da Covid 19. Infatti i pazienti cronici hanno dovuto rallentare le loro cure ma hanno comunque avuta garantita l'assistenza necessaria anche se in forma ridotta. Quindi con il venir meno dell'emergenza sanitaria le attività dovrebbero tornare nella loro regolarità.

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. Si rappresenta che nel periodo 2020/2021 le visite ed i controlli si sono ridotti ed hanno prevalso fondamentalmente le urgenze.

Un prerequisito 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 alla loro dimissione. 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 nell'ultimo biennio per ragioni legate alla pandemia, gli screening sono stati decisamente minori, meno gente invitata a partecipare alla campagna di prevenzione.



## SCREENING

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://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 libertà individuale. Tale problematica non può essere gestita solo nel momento dell'acuzie ma attraverso anche una intensa operazione di prevenzione. Pertanto, lo scopo è quello di dotarsi di un protocollo condiviso fra gli operatori, costantemente aggiornato, che consenta l'applicazione della migliore qualità esigibile relativamente all'assistenza di persone con condizioni psicopatologiche gravi;

- Continuità 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 personalità"): lo scopo è 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, è 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 può essere il luogo in cui un paziente decide di suicidarsi. Pertanto, lo scopo è quello di dotarsi di una procedura aggiornata che riguarda tutti i pazienti che si rivolgono all'ospedale per diagnosi e cura. Il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a

maggior rischio le aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonché 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 più 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 più «rivoluzionari» della Legge 81/2014 non è soltanto la chiusura fisica degli OPG (Ospedale psichiatrico giudiziario) quanto il ritenere che anche le strutture che prendono il loro posto cioè 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 pericolosità sociale;

Miglioramento dell'attività 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'uniformità delle procedure assistenziali nei SERT.;
- ✓ consulenze specialistiche dei pazienti ricoverati in SPDC.

Nonché 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 è quello di delineare percorsi diagnostici e riabilitativi che si uniformino a principi e linee-guida largamente condivisi dalla comunità 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 capacità 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 dà alla scuola un'opportunità per riflettere sulle metodologie da mettere in atto per favorire tutti gli studenti, dando spazio al loro vero potenziale in base alle loro peculiarità. Pertanto, la UOC di NPIA deve rispondere con puntualità 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 può 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*).

Importante anche 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 ingravescenza della diffusione dell'epidemia da Virus SARS COV 2 negli ultimi due anni, ha determinato 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 2022, 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 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 2023/2025" 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 2023/2025

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 2023/2025 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	<p>(Requisiti minimi previsti dal D.lgs. 150/2009)</p> <p>Pochi obiettivi e indicatori, prevalentemente di <i>input</i>, processo e <i>output</i>, relativi a specifiche aree delle pari opportunità.</p> <p>Inclusione solo di aspetti (in particolare, il bilancio) di genere e con una prospettiva prevalentemente interna.</p> <p>Processo con essenziale livello di partecipazione e basilare analisi di sensibilità.</p>
Stadio 1	<p>Insieme significativo di obiettivi e indicatori, tra cui anche quelli di <i>outcome</i> per le pari opportunità.</p> <p>Inclusione, oltre al genere, di ulteriori dimensioni di pari opportunità, in una prospettiva prevalentemente interna.</p> <p>Processo con significativa partecipazione di <i>stakeholder</i> interni ed esterni, adeguata analisi di sensibilità.</p>
Stadio 2	<p>Ottimale individuazione degli indicatori relativi alle pari opportunità con prevalente orientamento <i>all'outcome</i>.</p> <p>Completo sviluppo di tutte le dimensioni delle pari opportunità, sia nella prospettiva interna sia esterna.</p> <p>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.</p>

Il PTAP 2023/2025 avrà come obiettivo, una volta confermato l'avanzamento allo stadio 0, 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 2023-2025

Nel rispetto delle disposizioni della Direttiva n. 2/2019 del 26 Giugno 2019, e successive disposizioni, il presente PTAP 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.

<p><b>Azioni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raccolta ed analisi delle fonti informative aziendali;</li> <li>2. Realizzazione del quadro rappresentativo del personale con la ripartizione per genere;</li> <li>3. Individuazione delle criticità (in relazione al genere ed all'età) e delle conseguenti azioni positive da porre in essere per il miglioramento.</li> </ol> <p><b>Costi:</b> Nessuno  <b>Attori coinvolti:</b> CUG e Dipartimento delle Risorse Umane  <b>Output:</b> 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.</p>	2023	2024	2025
--	------	------	------

#### Obiettivo 2: Miglioramento del benessere organizzativo e stress lavoro correlato

<p><b>Azioni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2. Individuazione azioni di miglioramento da porre in essere nel biennio 2024-2025 nei reparti ad alta criticità;</li> <li>3. Pubblicizzazione "Punto di ascolto per il rischio stress lavoro correlato" (allocato presso la UOC Psicologia) rivolto al personale aziendale attivo;</li> </ol> <p><b>Costi :</b> Nessuno  <b>Attori coinvolti:</b> CUG, SPP, UOC Psicologia e referenti sportello d'ascolto, MMCC.  <b>Output:</b> Report e relazione a cura del CUG sulle azioni suddette.</p>	2023		
<p><b>Azioni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Realizzazione di azioni di miglioramento individuate sulla base dell'analisi effettuata nel 2023;</li> <li>5. Giornate formative dedicate ai direttori delle strutture aziendali in tema di benessere organizzativo e strumenti per il miglioramento dello stesso.</li> </ol> <p><b>Costi:</b> Nessuno  <b>Attori coinvolti:</b> CUG, SPP, UOC Psicologia, UOS Formazione e MMCC.  <b>Output:</b> Relazione a cura del CUG sulle azioni suddette.</p>		2024	2025

**Obiettivo 3: Sensibilizzazione contro le discriminazioni**

<p><b>Azioni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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);</li> <li>2. Moduli formativi obbligatori sul contrasto alla violenza di genere in tutti i corsi di gestione del personale organizzati (UOS Formazione);</li> <li>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);</li> <li>4. Eventuale revisione del vigente Codice di Comportamento e Codice Etico con riguardo al tema delle pari opportunità (RPC, CUG).</li> </ol> <p><b>Costi:</b> da quantificare  <b>Attori coinvolti:</b> CUG, UOS Comunicazione e informazione, Dipartimento delle Risorse Umane, UOC Psicologia, UOS Formazione, RPC  <b>Output:</b> Relazione a cura del CUG sulle azioni suddette.</p>	2023	2024	2025
---	------	------	------

**Obiettivo 4: Equilibrio di genere nel conferimento degli incarichi**

<p><b>Azioni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>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;</li> </ol> <p><b>Costi:</b> Nessuno  <b>Attori coinvolti:</b> Dipartimento delle Risorse Umane  <b>Output:</b> 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><b>Azioni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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);</li> <li>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);</li> <li>3. Valutazione di eventuali convenzioni con asili nido e strutture scolastiche private dell'intera Provincia di Palermo;</li> <li>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;</li> <li>5. Valutazione di eventuali convenzioni con Enti di formazione per corsi di lingua Inglese;</li> <li>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);</li> </ol> <p><b>Costi:</b> Da quantificare  <b>Attori coinvolti:</b> CUG, Dipartimento Risorse  <b>Output:</b> circolare per il reinserimento del personale post assenza di lungo periodo, opuscolo informativo per le madri e per i padri, proposta convezioni varie e migliorative, risultati indagine per servizi aziendali di supporto alla genitorialità.</p>	2023	2024	2025
--	------	------	------

Obiettivo 6: Servizi di Welfare aziendale per il benessere psicofisico dei dipendenti			
<p><b>Azione:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attuazione PSN progetto obiettivo PSN 2016 Az 4.1.1 OC n.9 Progetto Obiettivo PSN 2018 Az. 4.28 "Contrasto alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica in ambiente di lavoro";</li> <li>2. Valutazione di eventuali convenzioni con il CONI e/o con palestre private dell'intera Provincia di Palermo;</li> </ol> <p><b>Costi:</b> da quantificare</p> <p><b>Attori coinvolti:</b> CUG, UOC Psicologia, UOS Comunicazione ed Informazione, Dipartimento Prevenzione Protezione, UOC Affari Generali e Convenzioni.</p> <p><b>Output:</b> Avvio del progetto indicato al punto 1; valutazione di eventuali stipule di convenzioni con il CONI e/o palestre private.</p>	2023	2024	
<p><b>Azione:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Attivazione delle eventuali convenzioni con CONI e palestre private dell'intera Provincia di Palermo;</li> <li>4. Indagine sull'adesione/gradimento da parte dei dipendenti ed analisi annuale a fine anno dei dati.</li> </ol> <p><b>Costi:</b> da quantificare</p> <p><b>Attori coinvolti:</b> 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><b>Output:</b> 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.</p> <p>Report ed analisi a fine anno dei dati.</p>	2023	2024	

**Obiettivo 7: Garanzia delle pari opportunità nelle commissioni di concorso.**

<p><b>Azioni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.;</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>Costi:</b> nessuno  <b>Attori coinvolti:</b> Dipartimento Risorse Umane, CUG, Direttore Amministrativo  <b>Output:</b> 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>	2023	2024	2025
--	------	------	------

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

<p><b>Azioni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Revisione del Regolamento di funzionamento del CUG in coerenza con la Direttiva 2/2019 e del D.L. 80/2021 convertito in legge dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113;</li> <li>Studio dell'interfaccia della sezione dedicata al CUG del sito aziendale ASP Palermo;</li> <li>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;</li> <li>Caricamento della documentazione sia normativa, sia studi sui temi pari opportunità, del benessere organizzativo, della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;</li> </ol> <p><b>Costi:</b> da quantificare  <b>Attori coinvolti:</b> CUG, UOS Comunicazione ed Informazione  <b>Output:</b> sezione dedicata al CUG aggiornata</p>	2023	2024	
--	------	------	--

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

Obiettivo 10: raccordo con i CUG di altre Aziende Sanitarie			
<p><b>Azioni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prendere contatti con i CUG di altre Aziende Sanitarie/Regione;</li> <li>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;</li> <li>3. Partecipazione alle attività (incontri, convegni, ...) organizzati dal CUG e/o dalla Consigliera pari opportunità Regione Sicilia</li> </ol> <p><b>Costi:</b> Da quantificare  <b>Attori coinvolti:</b> CUG  <b>Output:</b> coinvolgimento di altri CUG</p>		2024	2025

### Aggiornamenti e monitoraggio

Gli obiettivi relativi alla sottosezione relativa al PTAP 2023-2025 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 2022, e più in generale nella legge n. 190 del 2012 e, per quanto concerne la trasparenza, nel D.Lgs. n. 33 del 2013.

#### 2.3.1 La Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno

##### CONTESTO ESTERNO

Secondo quanto riportato nel Manuale buone pratiche e strumenti anticorruzione, redatto nell'ambito del progetto europeo Unhealthy Health System, 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 inappropriately organizzativa e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività".

La Sanità, in Sicilia, 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, in Sicilia, 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 la fiducia della cittadinanza rispetto al Sistema Sanitario Nazionale.

Un'azione concreta per prevenire l'infiltrazione della criminalità organizzata 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 quello di intervenire in quegli ambiti che possono trasformarsi in terreno fertile per la cattiva amministrazione e, quindi, per le infiltrazioni criminali.

I maggiori appetiti illeciti si concentrano nell'Area Contratti della Sanità, 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 che eroga.

Le principali problematiche sorgono sia nella fase di scelta del contraente, che nella fase di esecuzione del contratto.

L'introduzione del Patto di Integrità tra l'Azienda e le 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 alle gare.

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 comporta 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 la 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 la cittadinanza, le imprese, le 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.

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)" <sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> 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'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.

## 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.

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.

Le persone che lavorano nell'Azienda rappresentano l'elemento fondamentale e distintivo del suo patrimonio. L'Azienda s'impegna costantemente ad offrire un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori. Al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento del valore pubblico della missione aziendale, una assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i propri livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti dall'Azienda.

L'Azienda considera l'organizzazione dei turni di lavoro funzionale ad offrire le prestazioni nel modo migliore per soddisfare le esigenze degli utenti e minimizzare i costi sociali.

L'Azienda mira ad acquisire la collaborazione di professionisti e operatori fortemente qualificati e a sviluppare le capacità delle risorse umane per mettere a disposizione della persona un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e bisogni di benessere della persona.

Per migliorare il processo di misurazione del livello di rischio individuato in sede di mappatura quest'Azienda ha utilizzato le risultanze dei monitoraggi eseguiti in ordine al reperimento dei seguenti dati forniti dagli Uffici competenti:

- i dati sui procedimenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione riguardanti:

- i reati contro la PA;
- il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.);
- i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
- i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici;
- le segnalazioni pervenute, tramite la procedura di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità;
- le risultanze di indagini di customer satisfaction, fornite dall'URP;
- ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. rassegne stampa, ecc.).

In riscontro sono pervenute le seguenti segnalazioni:

- n.361 reclami, segnalazioni acquisite dall' URP che riguardano:
  - a. ritardi dei tempi di consegna di fornitura ausili e presidi;
  - b. disservizi sulle prenotazioni visite specialistiche tramite il CUP.

## ESITI MONITORAGGIO 2022

- a. contestazione a n. due Dirigenti di reati di corruzione per atto contrario ai doveri d'Ufficio;
- b. responsabilità disciplinari legati ad eventi corruttivi N.1 Dipendente comparto;
- c. responsabilità disciplinari/penali legati alla violazione del codice di comportamento n. 15 dipendenti area comparto.

*Segnalazioni acquisite attraverso il canale whistleblowing aziendale:*

- a. condotta arbitraria di un medico convenzionato;
- b. conferimento incarico dirigenziale.

*Dati acquisiti da Ufficio Stampa*

- Articoli di giornale datati 18/Dicembre 2021 (giornale di Sicilia e Repubblica) riguardanti l'assenza di controlli sulla Struttura convenzionata da parte di un dipendente.

- Dati forniti dall'Ufficio Legale e Contenzioso:
- N.7 ricorsi al Giudice amministrativo in materia di appalti.

Conseguentemente sono stati richiesti ai Referenti Aziendali gli opportuni interventi correttivi anche al fine di individuare nuove modalità per porre soluzioni alle criticità rilevate.

### 2.3.2 La Mappatura dei Processi

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi.

L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività di questa Amministrazione e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi.

La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi, se realizzata adeguatamente consente all'Amministrazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo ed inoltre consente il potenziamento di quei processi volti al raggiungimento degli obiettivi di performance al fine di incrementare il valore pubblico della missione aziendale.

Può definirsi processo una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano le risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

La descrizione di un processo può essere sintetica o analitica:

- è sintetica se consideriamo la sequenza delle attività che lo costituiscono;
- è analitica quando in seno alle singole attività vengono individuate le varie fasi (ad esempio in seno alla attività di ricezione della domanda, si individuano le fasi della acquisizione della istanza, del controllo della medesima ovvero se compilata correttamente, della protocollazione, del rilascio di ricevuta all'utente richiedente, etc.).

La mappatura deve essere concreta e non astratta, deve essere gestibile, deve ridurre la numerosità degli oggetti di analisi, aggregando più procedimenti riconducibili in un unico processo.

Questo aspetto rappresenta un notevole vantaggio soprattutto per questa Amministrazione che deve gestire una elevata quantità di procedimenti amministrativi e consente di semplificare ed uniformare l'azione amministrativa di procedimenti analoghi.

La mappatura dei processi è completa quando abbraccia tutta l'attività svolta dall'amministrazione, deve essere concreta, in quanto deve descrivere il "chi", il "come" e il "quando" dell'effettivo svolgimento dell'attività.

#### **LE FASI DELLA MAPPATURA sono:**

1. Identificazione
2. Descrizione
3. Rappresentazione
4. Modalità di realizzazione della mappatura dei processi

#### ***Identificazione***

L'identificazione dei processi è il primo passo da realizzare per una corretta mappatura e consiste nello stabilire:

- l'unità di analisi (il processo).
- l'identificazione dell'elenco completo dei processi svolti da ciascuna Struttura Aziendale nell'ambito di ciascuna Area di rischio generale e specifica individuate.

In altre parole, in questa fase l'obiettivo è quello di definire la lista dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase.

Per identificare i processi si sottopongono alle strutture aziendali le previste modulistiche.

È opportuno ribadire che i processi individuati dovranno gradualmente fare riferimento a tutta l'attività svolta dall'organizzazione e non solo a quei processi che sono ritenuti (per ragioni varie, non suffragate da una analisi strutturata) a rischio.

Il nuovo elenco dei processi eseguiti da ciascuna struttura Aziendale e aggregati in seno alle aree di rischio generiche e specifiche, come già individuate da questa Amministrazione, in coerenza a quanto previsto dalla legge 190 del 2012 e dal PNA vigente, verrà perfezionato da questa amministrazione nel corso dell'anno 2023.

Il risultato atteso della prima fase della mappatura dei processi è dunque l'identificazione dell'elenco completo dei processi svolti in seno a ciascuna struttura dipartimentale Aziendale, partendo dalla rilevazione e classificazione di tutte le attività interne svolte mediante l'analisi della documentazione esistente agli atti.

A seconda del livello di analisi desiderato si potrà procedere eventualmente attraverso opportuni raggruppamenti di procedimenti omogenei in processi (nel caso in cui più procedimenti siano finalizzati alla realizzazione di un medesimo risultato).

L'elenco dei processi di ciascuna struttura aziendale è aggregato nelle cosiddette "aree di rischio" generiche e specifiche, intese come raggruppamenti omogenei di processi.

#### ***Descrizione***

Dopo aver identificato i processi, è opportuno comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione. Ai fini dell'attività di prevenzione della corruzione, la descrizione del processo è una fase particolarmente rilevante, in quanto consente di identificare più agevolmente le criticità del processo in funzione delle sue modalità di svolgimento.

Taluni elementi utili per la descrizione dei processi sono:

- elementi in ingresso che innescano il processo - "input";
- risultato atteso del processo - "output";
- sequenza di attività che consente di raggiungere l'output - le "attività";
- momenti di sviluppo delle attività - le "fasi";
- responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- tempi di svolgimento del processo e delle sue attività;
- vincoli del processo;
- risorse e interrelazioni tra i processi;
- criticità del processo.

Le modalità di svolgimento di un medesimo processo in differenti Strutture Aziendali anche laddove particolarmente vincolato da norme, possono differire in maniera significativa in quanto si tratta, sostanzialmente, di prassi operative, sedimentate nel tempo, realizzate da soggetti diversi.

Ciò può incidere, in maniera significativa, sugli eventi rischiosi che possono verificarsi durante lo svolgimento degli stessi processi.

A titolo meramente esemplificativo, si pensi ad un processo relativo alle autorizzazioni, svolto da due Strutture Aziendali diverse anche se della stessa dimensione organizzativa.

Ciascuna ne regola le fasi (es. ricezione dell'istanza, istruttoria, e provvedimento finale), con modalità operative diverse (Esempio: una singola struttura riceve l'istanza a mano, l'altra solo tramite PEC, etc.).

Ciò, oltre a comportare criticità organizzative di diversa natura, può incidere in maniera rilevante sulle tipologie di eventi rischiosi che possono verificarsi durante lo svolgimento delle stesse attività (per esempio la consegna a mano non garantisce la stessa trasparenza e certezza sull'integrità della documentazione e i tempi di consegna rispetto ad una ricezione via pec o altro sistema informatico).

L'approfondimento dei processi, in sede di mappatura, può essere raggiunto in maniera progressiva e graduale nei diversi cicli annuali di gestione del rischio corruttivo, tenendo conto delle risorse e delle competenze effettivamente disponibili.

Questa Amministrazione ritiene necessario partire almeno dai seguenti elementi di base:

- breve descrizione del processo (che cos'è e che finalità ha);
- attività che scandiscono e compongono il processo;
- responsabilità complessiva del processo e il ruolo dei soggetti che svolgono le attività del processo.

Tramite un approfondimento graduale, sarà possibile aggiungere, nelle annualità successive, ulteriori elementi di descrizione (es. input, output, etc.), fino a raggiungere la completezza della descrizione del processo. Inoltre tali elementi possono essere utili anche per altre finalità per le quali la mappatura dei processi può essere realizzata (es. controllo di gestione, ripartizione dei carichi di lavoro, etc.).

La decisione sulle priorità da assegnare alle aree di rischio è presa in considerazione valutando gli elementi sotto indicati suggeriti dall'Autorità nel PNA 2019:

- risultanze dell'analisi del contesto esterno;
- precedenti giudiziari "eventi sentinella" relativi a particolari episodi attinenti a specifici
- ambiti di interesse dell'Amministrazione;
- analisi del contesto interno.

### **Rappresentazione**

Gli elementi da includere nella rappresentazione dei processi possono essere più o meno numerosi a seconda del livello di analiticità con cui è stata svolta la fase di descrizione.

### **Modalità di realizzazione della mappatura dei processi**

La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio.

Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione.

Per la mappatura è fondamentale il coinvolgimento di tutti i Referenti Aziendali delle Strutture organizzative aziendali.

Considerata la complessità organizzativa di questa Azienda, la mappatura si realizza mediante la costituzione di gruppi di lavoro competenti per le specifiche Aree di rischio. Infatti, soprattutto in questa fase, il RPC che coordina la mappatura dei processi dell'intera amministrazione, deve poter disporre delle risorse necessarie e della collaborazione dell'intera struttura organizzativa.

### 2.3.3 L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

#### Nuovi criteri per la Valutazione del rischio

Al fine di procedere all'applicazione della nuova metodologia per la Valutazione del Rischio come suggerita dall'ANAC nell'allegato 1 del PNA 2019, che supera e sostituisce quella prevista dall'allegato 5 del PNA 2013, questa Azienda, utilizzando un approccio di tipo qualitativo, dando spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza, procede gradualmente, nell'ambito di ciascuna struttura aziendale, alla integrazione della mappatura dei processi/attività/fasi e valutazione dei rischi.

Indicatori di stima del livello di rischio considerati in sede di mappatura:

- livello di interesse "esterno" (la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio);
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA (la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato);
- manifestazione di eventi corruttivi nel processo/attività esaminata (se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi);
- opacità del processo decisionale (l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio);
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano (la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione);
- grado di attuazione delle misure di trattamento (l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi).

La metodologia di calcolo individuata in seno a questa amministrazione si basa sul prodotto dei due fattori (probabilità ed impatto).

Il fattore "impatto", è stato declinato in 3 valori:

- "basso" (Priorità5-4)
- "medio" (priorità3-2)
- "alto- molto alto" (Priorità1)

Il fattore "Probabilità", è stato declinato in 5 valori:

- Inferiore a 2 indicatori - scarsa – (priorità5)
- 2 indicatori - bassa – (priorità4)
- 3-indicatori media- (priorità3)
- 4 indicatori - medio alta – (priorità2)
- 5/6 indicatori - alta/ molto alta – (priorità1)

Il prodotto derivante da questi due fattori ha, come possibile esito:

- processi a rischio scarso da trattare con Priorità5/4/3;

- processi a rischio basso da trattare con Priorità 4/3;
- processi a rischio medio da trattare con Priorità 3/2;
- processi a rischio medio/alto da trattare con Priorità 2/1;
- processi alto- molto alto da trattare con Priorità 1.

Probabilità	Impatto	Basso (P5/4)	Medio (P3/2)	Alto - Molto Alto (P1)	Priorità del trattamento	
n. <2 indicatori scarsa (P5)		scarsa (P5)	Basso (P4)	Medio (P3)	Priorità 5/4/	Priorità 3
n. 2 indicatori Bassa (P4)		Basso (P4)	Medio (P3)	Medio (P3)	Priorità 4	Priorità 3
n. 3 indicatori medio (P3)		Medio (P3)	Medio (P3)	Medio Alto (P2)	Priorità 3	Priorità 2
n. 4 indicatori medio/alto (P2)		Medio Alto (P2)	Medio-Alto (P2)	Alto (P1)	Priorità 2	Priorità 1
n. 5-6 indicatori alta-molto alta i (P1)		Medio Alto (P2)	Alto (P1)	Molto alta (P1)	Priorità 2	Priorità 1

Ciascun fattore sopra individuato e rilevato durante l'analisi dei processi, attività e fasi, come riportati nella prevista tabella utilizzata da questa Azienda dai soggetti coinvolti n.q. di Referenti Dirigenti e Responsabili delle Unità Organizzative, consentirà la valutazione del rischio e la formulazione di un giudizio di valutazione, espresso con idonea motivazione supportata da opportuna documentazione (ad esempio i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, le segnalazioni, ecc. consentiranno una valutazione meno autoreferenziale e una stima più accurata, nonché renderanno più solida la motivazione del giudizio espresso).

Per la definizione delle priorità di trattamento, nell'impostare le azioni di prevenzione si dovrà tener conto del livello di esposizione al rischio e procedere in ordine via via decrescente, partendo dalle attività che presentano un'esposizione più elevata successivamente fino ad arrivare al trattamento di quelle che si caratterizzano per un'esposizione più contenuta.

Gli esiti del monitoraggio e le criticità rilevate in sede di monitoraggio consentiranno una pianificazione di azioni correttive o di potenziamento delle precedenti misure adottate.

#### Aree di rischio generali

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.
- Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture).
- Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale).
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.
- Incarichi e nomine.
- Affari legali e contenzioso.

### Aree di rischio specifiche

- Attività libero professionale
- Liste di attesa
- Rapporti con soggetti erogatori
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

#### 2.3.4 Le misure organizzative per il trattamento del rischio e monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

La prima e delicata fase del trattamento dei rischi, come individuati nelle Aree di rischio Generali e Specifiche, ha come obiettivo quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione, in funzione delle criticità rilevate in sede di mappatura e, quindi, di analisi dei processi/attività e fasi da parte dei soggetti competenti coinvolti nell'ambito di ciascuna organizzazione aziendale.

In questa fase, dunque, l'amministrazione è chiamata ad individuare le misure più idonee a prevenire i rischi individuati, in funzione del livello di rischio e dei loro fattori abilitanti.

La correttezza e l'accuratezza dell'analisi svolta incide fortemente sull'individuazione delle misure più idonee a prevenire il rischio, infatti, minore è la conoscenza del processo più generica sarà l'individuazione degli eventi rischiosi. Più superficiale è la fase di analisi e valutazione del rischio, minori saranno le informazioni utili a tarare le misure di prevenzione in funzione dei rischi individuati e delle caratteristiche dell'organizzazione.

### Tipologie di misure generali e specifiche adottate dall'Amministrazione

#### Misura di controllo

*Obiettivo:* controllare a campione (almeno il 30%) delle pratiche assegnate all'ufficio X in area di rischio;  
*indicatore di risultato:* rapporto tra il numero di pratiche assegnate all'ufficio X in area di rischio e il numero totale di pratiche assegnate al medesimo ufficio.

#### Misure di trasparenza

*Obiettivo:* assolvimento obblighi di pubblicazione

*Indicatore di risultato:* (si/no) pubblicazione o meno di un determinato atto/dato/informazione

#### Misura di formazione e promozione dell'etica e di standard di comportamento

*Obiettivo:* formare i Dirigenti, i Responsabili del procedimento, i RUP, i Funzionari e dipendenti sulla gestione del rischio corruttivo alto nell'anno X;

*Indicatore di risultato:*

a) numero di partecipanti ai corsi di formazione sulla gestione del rischio corruttivo;

b) risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso);

#### Misura di regolamentazione

*Obiettivo:* standardizzare le procedure comuni in tutte le strutture aziendali mediante adozione di regolamenti /linee guida/circolari, modulistica, criteri (si/no)

*Indicatore di risultato:* n. delle procedure standardizzate o regolamentate

#### Misura di semplificazione

*Obiettivo:* emanare documenti per la semplificazione dei processi

*Indicatore di risultato:* presenza o meno di documentazione disposizioni che semplifichino i processi (si/no)

### **Misura di rotazione ordinaria**

*Obiettivo:*

- ruotare il 30% degli incarichi dirigenziali nel periodo X;
- ruotare il 30% del personale del comparto nel periodo X

*Indicatore di risultato:*

- numero di incarichi dirigenziali ruotati rispetto al totale nel periodo X;
- numero del personale del comparto sottoposto a rotazione rispetto al totale nel periodo X

### **Misure di gestione del conflitto di interessi**

*Obiettivo:* standardizzare l'iter procedurale per prevenire e gestire eventuali situazioni di conflitto di interessi

*Indicatore di risultato:* N. dei conflitti rilevati su n. verifiche di autocertificazioni acquisite.

Ciascuna categoria di misura può dare luogo, in funzione delle esigenze dell'organizzazione, sia a misure "generali" sia a misure "specifiche".



## MISURE SPECIFICHE ADOTTATE DALL'AZIENDA

### MISURA n.1: Modello A

Adozione, nei tempi stabiliti, di tutte le misure ed adempimenti previsti nel PTPC mediante l'utilizzo degli allegati in esso indicati: A, B, C, D, E F, F1, G, H, I, L, N.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### MISURA n.2: Modulo B

Obblighi informativi riguardanti:

1. il numero di segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi;
2. il numero dei procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti con indicazione dell'eventuale sanzione.

Qualora i procedimenti di cui al punto n. 2 siano riconducibili a reati relativi ad eventi corruttivi, bisogna indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle seguenti tipologie: peculato (art. 314 c.p.), concussione (Art. 317 c.p.), corruzione per l'esercizio della funzione (art.318 c.p.), corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.), corruzione in atti giudiziari (art. 319 ter c.p.), induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319 quater c.p.), corruzione di persona incaricata di pubblico servizio (art. 320 c.p.), istigazione alla corruzione (art.322 c.p.), ovvero altro reato da specificarsi per i reati relativi ad eventi corruttivi.

Le aree di rischio cui sono riconducibili sono:

- a) acquisizione e progressione del personale;
- b) affidamento lavori, servizi e forniture;
- c) provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario;
- d) provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario;
- e) altre aree dell'amministrazione da specificare.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### MISURA n.3: Modulo C

La Legge 190/2012 sancisce che le controversie sui diritti soggettivi derivanti dall'esecuzione dei contratti pubblici possono essere deferite ad arbitri previa autorizzazione motivata da parte dell'organo di governo dell'amministrazione e che in mancata di detta autorizzazione la clausola compromissoria o il ricorso all'arbitrato è nullo (art. 1 co. 19). La nomina degli arbitri per la risoluzione delle controversie nelle quali è parte una P.A. deve avvenire nel rispetto del D.lgs. 163 del 12 aprile 2006 e dei principi di pubblicità e di rotazione previste dai commi 22, 23, 24 dell'art. 1 della legge 190/2012 che disciplinano anche i criteri di individuazione dei suddetti arbitri.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

#### MISURA n.4: Monitoraggio termini procedurali

Attuazione dei meccanismi di controllo e di monitoraggio dei termini di conclusione dei procedimenti di cui all'articolo 1 comma 16 della legge n.190/2012, nonché dei procedimenti maggiormente esposti a rischio di corruzione nell'ambito del presente Piano.

Individuazione da parte dei Dirigenti dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza e monitoraggio periodico del loro rispetto con cadenza temporale almeno semestrale.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

#### MISURA n.5: Rotazione Ordinaria

Il principio di rotazione è applicato al personale del comparto che presta servizio nelle Aree ove vengono gestiti i procedimenti e/o i processi più esposti a rischio di corruzione contraddistinti dai coefficienti totali di rischio **dal valore Rischio 12 al valore 25**, connotati da indice di priorità P1 (da 21 a 25 Azioni correttive indilazionabili), da indice di priorità P2 (20 a 16 azioni correttive necessarie da programmare con urgenza) e da 12 a 15 (Azioni correttive e/o migliorative da programmare nel breve termine).

La rotazione deve interessare annualmente non più di un terzo del personale coinvolto nei processi medio alti delle aree ad alto rischio, di cui all'art 3 del regolamento per la rotazione.

La rotazione del personale sarà attuata tenuto conto della maggiore anzianità di permanenza nell'attività dell'area individuata a rischio, fatto salvo il caso in cui via sia un unico dipendente avente un particolare profilo professionale nell'Ente.

La Rotazione Straordinaria si applica in attuazione dei vincoli normativi.

#### MISURA n.6: Uso della Modulistica allegati D – E (Obbligo di astensione in casi di sussistenza di conflitto di interesse)

Il dipendente, e le altre categorie di cui all'art.3 del vigente piano si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o a svolgere attività nei casi di cui all'art.6 c.2, art.7 del D.Lgs. n.62/2013.

Le suddette norme si inseriscono nell'ambito della disciplina generale del conflitto di interesse, delineata dalle seguenti disposizioni:

- articolo 6 dall'articolo 6 bis l. 241/1990, dall' articolo 42 del D.lgs. 50/2016.

Le bis l. 241/1990 - legge 190/2012 e D.lgv. 39/2013;

- artt. 3, 6, 7, 13, 14 e 16 del D.P.R. 62/2013

- articolo 53, comma 14, D.lgs. 165/01

- articolo 78 D.lgs. 267/2000;

- articolo 42 del D.lgs50/2016 (Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici del PNA 2022);

- Regolamento finanziario Ue, Euratom 2018/1046 (Articolo 61 del Regolamento finanziario e art. 22 del regolamento Ue 2021/241 per contrastare il rischio di frode, corruzione, di illecito, i conflitti di interesse e doppio finanziamento che ostacolano il principio della sana gestione finanziaria.

Qualora sorga l'obbligo di astensione il Dipendente deve darne comunicazione al proprio dirigente, e per conoscenza al dirigente della macro struttura di appartenenza, entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza.

Qualora l'obbligo di astensione sorga a carico di un dirigente, questi deve comunicarlo secondo la predetta tempistica al dirigente della struttura di appartenenza, per conoscenza al dirigente della macrostruttura di appartenenza e al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione Aziendale e il Dirigente esamina le

circostanze e valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

I provvedimenti relativi alle astensioni sono comunicati e custoditi dalla U.O.C. Gestione Giuridica e Sviluppo Organizzativo e comunicati per conoscenza al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.

La mancata presentazione della richiesta di astensione - nel caso in cui sorga tale obbligo - costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente, oltre a costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### **MISURA n.7: Modulo F Obblighi di comunicazione interessi finanziari utilità e regalie**

Tutti i dipendenti in servizio presso l'ASP devono presentare apposita autocertificazione che sostituisce quello previsto all'art.13 del regolamento approvato con la deliberazione n. 432 del 14.06.2013 e ss.mm.ii.) al Responsabile del Dipartimento o Unità Operativa Complessa o Unità Operativa Semplice/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di appartenenza, entro il 28 febbraio di ogni anno e ogni volta in cui vi sia una modifica della situazione precedentemente dichiarata secondo le modalità previste dall'art. 13 del vigente PTPCT.

I Direttori dei Dipartimenti, i Direttori dei Distretti Sanitari e Amministrativi dei PP.OO., nonché i Direttori di vertice presenteranno la suddetta dichiarazione al Dipartimento Risorse Umane Sviluppo Organizzativo e Affari Generali per i successivi adempimenti.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### **MISURA n. 8: Modulo F1 Obblighi di comunicazione interessi finanziari utilità e regalie per i professionisti appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa**

Tutti i professionisti appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e della prevenzione della corruzione e sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse, indipendentemente dall'incarico ricoperto, nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, devono presentare in formato cartaceo entro il 28 febbraio di ogni anno, salvo eventuali sopravvenute esigenze di aggiornamento, apposita dichiarazione di sussistenza o insussistenza di interessi in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013.

Sono tenuti alla suddetta compilazione anche tutti i dipendenti che pur non essendo responsabili di struttura svolgono una funzione che incide sull'acquisto di un prodotto/tecnologia e tutti coloro espressamente individuati secondo le indicazioni dell'AGENAS.

La suddetta dichiarazione va presentata al Responsabile del Dipartimento o Unità Operativa Complessa o Unità Operativa Semplice (nel caso in cui non vi sia il Direttore della macrostruttura) /Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di appartenenza entro il 28 febbraio di ogni anno e ogni volta in cui vi sia una modifica della situazione precedentemente dichiarata entro tre giorni dalla modifica stessa.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### **MISURA n. 9: Rapporti contrattuali con privati accreditati**

Questa amministrazione ha adottato un manuale finalizzato a regolamentare l'attività di controllo effettuata a livello distrettuale nell'ambito della specialistica ambulatoriale e a garantire e verificare che le attività oggetto di contratto si svolgano conformemente alle regole specifiche generali e di settore.

In particolare con deliberazione n. 42 del 21/7/2014 sono stati approvati i "Percorsi operativi sull'attività di vigilanza e controllo distrettuale e sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni ambulatoriali" con determinazione quantitativa e qualitativa dei controlli pianificati, check-list di verifica e relativa scheda di monitoraggio, ispirati ai principi di:

- **Trasparenza:** attraverso la pianificazione dell'attività di controllo e la vigilanza della funzione e il ritorno informativo delle risultanze dei controlli;
- **Omogeneità:** le regole, gli strumenti e la metodologia applicata per lo svolgimento dei controlli devono essere uniformi, omogenei ed unici su tutto il territorio aziendale;
- **Imparzialità:** garantire la neutralità nello svolgimento dei controlli;
- **Oggettività:** ridurre al minimo gli elementi di discrezionalità nella metodologia e nello svolgimento dei controlli;
- **Legalità:** certezza delle "regole del gioco" e degli esiti legati a determinati eventi;
- **Responsabilità:** deve essere prevista la responsabilizzazione dei diversi attori del sistema;

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### **MISURA n.10: Attività correlate ai Contratti Pubblici**

Il settore della contrattualistica pubblica è governato da una mole rilevante di norme che, sebbene concentrate in gran parte all'interno del Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. n. 50/2016 in un'ottica di coerenza e unitarietà, risultano, tuttavia, essere state in parte modificate, in parte differenziate nel proprio ambito applicativo sia temporale che oggettivo dal complesso degli interventi legislativi nel frattempo intervenuti.

La disciplina dei contratti pubblici è stata investita, negli anni recenti, da una serie di interventi legislativi che hanno contribuito, da un lato, ad arricchire il novero di disposizioni ricadenti all'interno di tale ambito e, dall'altro lato, a produrre una sorta di "stratificazione normativa", per via dell'introduzione di specifiche legislazioni di carattere speciale e derogatorio che hanno reso più che mai composito e variegato l'attuale quadro legislativo di riferimento.

Base di partenza e punto di osservazione per l'analisi del settore della contrattualistica pubblica può essere rappresentata dai contenuti di interesse del d.l. n. 77/2021, per poi proseguire con la individuazione delle più rilevanti modifiche intervenute in materia ad opera della successiva legislazione.

All'interno del suddetto decreto è possibile rintracciare, disposizioni che prorogano, seppur in modo parziale, il regime derogatorio temporaneo già previsto in precedenti provvedimenti – ossia nel D.L. n. 32/2019 e nel D.L. n. 76/2020 – principalmente in tema di procedure di aggiudicazione di contratti pubblici sotto e sopra soglia, verifiche antimafia e protocolli di legalità, sospensione dell'esecuzione dell'opera pubblica, disciplina del Collegio consultivo tecnico, commissioni giudicatrici e consegna dei lavori ed esecuzione del contratto in via di urgenza.

In secondo luogo, ulteriori disposizioni del D.L. n. 77/2021 hanno disposto una modifica "stabile" ad alcuni importanti istituti del d.lgs. n. 50/2016, ciò peraltro anche ad opera di altri recenti interventi legislativi, quali la l. n. 238/2021.

Il D.L. n. 77/2021 è intervenuto anche rispetto al complesso delle procedure di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici finanziati a valere sulle risorse del PNRR e del PNC, stabilendo procedure semplificate allo scopo di contemperare le esigenze di celerità nell'esecuzione delle opere, presupposto per l'erogazione dei relativi finanziamenti – con il regolare espletamento delle fasi che caratterizzano le procedure di gara.

Il nuovo quadro normativo ha comportato la necessità per l'Autorità di integrare i contenuti del bando tipo n. 1- 2021 relativo alla procedura aperta telematica per l'affidamento di contratti pubblici di servizi e forniture nei settori ordinari sopra soglia comunitaria con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Per i dettagli degli interventi normativi presentati e per un'illustrazione dei contenuti delle modifiche apportate e degli istituti coinvolti da tali modifiche l'ANAC rende disponibili i seguenti allegati AL PNA 2022:

Allegato 5: "Indice ragionato delle deroghe e delle modifiche alla disciplina dei contratti pubblici";

Allegato 6: "Appendice normativa sul regime derogatorio dei contratti pubblici";

Allegato 7: "Contenuti del bando tipo n. 1/2021";

Allegato 8: "Check-list per gli appalti".

A ciò si deve fare riferimento nelle more della riforma in materia di contratti pubblici (Riferimenti normativi: D.Lgs. n. 50/2016; D.L. n. 32/2019; D.L. n. 76/2020; D.L. n. 77/2021; L. n. 238/2021; D.L. n. 4/2022; D.L. n. 17/2022; delibera ANAC n. 154/2022 - Aggiornamento Bando tipo n. 1 – 2021).

Tale insieme di norme ha creato una legislazione "speciale", complessa e non sempre chiara, con il conseguente pericolo di amplificare i rischi corruttivi e di cattiva amministrazione tipici dei contratti pubblici.

A tal fine l'Anac nella sezione speciale del PNA2022 dedicata ai Contratti in corrispondenza dei previsti possibili rischi collegati superiori normative individua e suggerisce l'applicazione di specifiche misure come descritte nella tabella 12 e tabella 13 del PNA 2022 parte speciale CONTRATTI alla cui applicazione si rimanda. E che sommariamente si riportano:

### **MISURE TABELLA 12 DEL PNA 2022**

#### **o Art. 1 D. L. n. 76/2020, convertito in L. n. 120/2020, come modificato dal D.L. n. 77/2021 – APPALTI SOTTO SOGLIA**

##### **Misure previste:**

Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di *alert* automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni.

Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia l'ANAC suggerisce le seguenti azioni volte a predisporre le basi dati in uso alle amministrazioni:

- 1) tracciamento di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere agli affidamenti in deroga. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi;
- 2) tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti;
- 3) tracciamento, in base al *Common procurement vocabulary* (CPV), degli affidamenti posti in essere sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC, con specificazione di quelli fuori MePA per appalti di servizi e forniture. Ciò al fine di verificare se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura siano stati artificialmente frazionati.
- 4) Individuazione nel PTPCT/sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO delle Strutture (ad es. quella di auditing) che potranno effettuare verifiche a campione (ad esempio un campione rappresentativo del 10% di quegli affidamenti in deroga dal valore appena inferiore alla soglia minima. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi).

- 5) obblighi di trasparenza previsione della pubblicazione del CV del RUP, se dirigenti o titolari di posizione organizzativa, ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013 per far conoscere chiaramente i requisiti di professionalità.
- 6) Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016 (cfr. Parte speciale, *Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici*, § 3.1, del PNA 2022).
- 7) Individuazione del soggetto competente alla verifica e valutazione delle dichiarazioni rese (cfr. Parte speciale, *Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici* del PNA 2022).
- 8) Previsione di procedure interne che individuino criteri oggettivi di rotazione nella nomina del RUP.

Per gli appalti di servizi e forniture di valore pari ad € 139 mila e fino alla soglia comunitaria e lavori di valore pari o superiore a 150.000 € e inferiore a 1 milione di euro procedura negoziata ex art. 63 del Codice, previa consultazione di almeno 5 OO.EE., ove esistenti.

Nella scelta degli OO.EE. da invitare alla procedura negoziata si applica un criterio di rotazione degli inviti, che tenga conto anche di una diversa dislocazione territoriale delle imprese invitate.

Per gli appalti di lavori pari o superiore a 1 milione di € e fino alla soglia europea procedura negoziata ex art. 63 del Codice, previa consultazione di almeno 10 OO.EE., ove esistenti.

○ **Art. 1, co. 3, D.L. n. 76/2020 - Esclusione automatica offerte anomale nelle procedure aggiudicate al prezzo più basso anche qualora il numero delle offerte ammesse sia pari o superiore a cinque.**

**Misure previste:**

Pubblicazione degli estremi delle gare in cui è stata applicata l'esclusione automatica delle offerte anomale, ovvero evidenziazione delle stesse all'interno della pubblicazione dei dati di cui all'art. 1, co. 32, L. n. 190/2012.

○ **Art. 2, co. 3, D.L. n. 76/2020 (modificato dal D.L. n. 77/2020) – APPALTI SOPRA SOGLIA**

Quando la determina a contrarre o altro atto equivalente sia adottato entro il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 63 del Codice previa pubblicazione dell'avviso di indizione della gara o di altro atto equivalente, nel rispetto di un criterio di rotazione, nella misura strettamente necessaria quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti dagli effetti negativi della crisi causata dalla pandemia da COVID-19 o dal periodo di sospensione delle attività determinato dalle misure di contenimento adottate per fronteggiare la crisi, i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati.

**Misure previste**

- Adozione di direttive generali interne con cui la SA fissi criteri da seguire nell'affidamento dei contratti sopra soglia mediante procedure negoziate senza bando (casi di ammissibilità, modalità di selezione degli operatori economici da invitare alle procedure negoziate ecc.).
- Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alle procedure negoziate.
- Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di *alert* automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni.
- Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia l'Anac suggerisce le seguenti azioni volte a predisporre le basi dati in uso alle amministrazioni:
  - a. tracciamento di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate;
  - b. tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari;

- c. tracciamento, in base al *Common procurement vocabulary*(CPV), degli affidamenti con procedure negoziate, sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura sono stati artificialmente frazionati;
- d. tracciamento delle procedure in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento.

- Individuazione nel PTPCT/sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO delle strutture (ad es. quella di auditing) che potranno effettuare verifiche a campione (ad es. di un campione rappresentativo del 10% di quegli affidamenti con procedure negoziate aventi valore appena inferiore alle soglie minime. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori

Controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi).

- Verifica da parte della struttura di *auditing* o di altro soggetto appositamente individuato all'interno della S.A. circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese inserite negli elenchi.
- Aggiornamento tempestivo da parte dell'ufficio gare degli elenchi su richiesta degli operatori economici che intendono partecipare alla gara.
- Pubblicazione dei nominativi degli operatori economici consultati dalla stazione appaltante in esito alla procedura.

○ **Art. 2, co. 4, D.L. n. 76/2020** - [Procedura la cui determina a contrarre sia stata adottata entro il 31/12/2021. Per queste la deroga continua a valere per le successive fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.]

Nei casi di cui al co. 3 e nel settore sanitario, la stazione appaltante, per l'affidamento delle attività di esecuzione di lavori, servizi e forniture nonché dei servizi di ingegneria e architettura, inclusa l'attività di progettazione, e per l'esecuzione dei relativi contratti, opera in deroga ad ogni disposizione di legge diversa da quella penale, fatto salvo il rispetto delle disposizioni del Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, nonché dei vincoli inderogabili derivanti dall'appartenenza all'Unione Europea, ivi inclusi quelli derivanti dalle direttive 2014/24/UE e 2014/25/UE, dei principi di cui agli artt. 30, 34 e 42 del D.Lgs. n. 50/2016 e delle disposizioni in materia di subappalto

### Misure previste

- Chiara e puntuale esplicitazione nel provvedimento di approvazione di una variante, delle ragioni che hanno dato luogo alla necessità di modificare il contratto iniziale.
- Comunicazione da parte di RUP e/o ufficio gare ai soggetti controllanti della presenza di varianti in corso d'opera per eventuali verifiche a campione, soprattutto con riferimento alle ipotesi di:
  - 1) incremento contrattuale superiore al 20% dell'importo iniziale;
  - 2) proroghe con incremento dei termini superiori al 30% di quelli inizialmente previsti;
  - 3) variazioni di natura sostanziale a causa di modifiche dell'equilibrio economico del contratto a favore dell'aggiudicatario in modo non previsto nel contratto iniziale, ovvero a causa di modifiche che estendono notevolmente l'ambito di applicazione del contratto. Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione, dei provvedimenti di approvazione delle varianti.
- Nomina di un ufficio di Direzione Lavori composto di personale competente ed in numero adeguato che possa facilmente presidiare il cantiere effettuando giornalmente controlli sul personale ed i macchinari in uso all'appaltatore e ai subappaltatori e fornitori in generale.

Può farsi riferimento, quali *best practice*, alle indicazioni di cui al DM 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".

- Controlli *in loco*, periodici e a sorpresa, al fine di accertare che le prestazioni siano eseguite dall'aggiudicatario o da un subappaltatore autorizzato. In tal caso è data la facoltà all'amministrazione appaltante di chiedere la risoluzione del contratto come prevede l'art. 21 della L. n. 646/1982.

#### ○ Art. 4, commi. 2 e 3, D.L. n. 76/2020

Estensione della norma che consente, in caso di impugnativa, l'applicazione delle disposizioni processuali relative alle infrastrutture strategiche (art. 125 D.Lgs. n. 104/2010), le quali - fatte salve le ipotesi di cui agli artt. 121 e 123, D.Lgs. n. 104/2010 - escludono la caducazione del contratto, favorendo il risarcimento per equivalente.

#### Misure previste

A seguito di contenzioso, ricognizione da parte dell'ufficio gare – nell'arco di due anni – sia degli operatori economici (O.O.EE.) che hanno avuto la "conservazione del contratto" sia di quelli per i quali è stato concesso il risarcimento ai sensi dell'art. 125 d.lgs. n. 104/2010. Ciò al fine di verificare la ricorrenza dei medesimi OE, indice di un possibile accordo collusivo fra gli stessi.

Pubblicazione degli indennizzi concessi ai sensi dell'art. 125 cpa.

#### ○ Art. 6, D.L. n. 76/2020 - Disciplina del Collegio consultivo tecnico.

Fino al 30 giugno 2023 per i lavori diretti alla realizzazione delle opere pubbliche di importo pari o superiore alle soglie comunitarie è obbligatoria, presso ogni stazione appaltante, la costituzione di un collegio consultivo tecnico, prima dell'avvio dell'esecuzione, per la rapida risoluzione delle controversie in corso di esecuzione.

#### Misure previste

- Pubblicazione dei dati relativi ai componenti del Collegio consultivo tecnico ai sensi dell'art. 29 d.lgs. n. 50/2016 (cfr. LLGG MIMS sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12, pubblicate sulla GURI n. 55 del 7 marzo 2022).
- Controlli sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016 in materia di conflitti di interessi da parte dei componenti del CCT (cfr. anche LLGG MIMS sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12 e Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1, del PNA 2022)

#### NORME del D.L. n. 77/2021 conv. in L. n. 108/2021 relative ai CONTRATTI PUBBLICI FINANZIATI IN TUTTO O IN PARTE

○ Art. 48 co. 3, D.L. n. 77/2021 Le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura di cui all'art. 63 del d.lgs. n. 50/2016, per i settori ordinari, e di cui all'art. 125, per i settori speciali, nella misura strettamente necessaria, quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea.

#### Misure previste

Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando per ragioni di estrema urgenza derivanti da



circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati.

Il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione che manifesti l'impossibilità del ricorso alle procedure ordinarie per il rispetto dei tempi di attuazione degli interventi.

Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni.

Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia tracciamento delle procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando affidate dall'amministrazione in un determinato arco temporale. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari sono sempre i medesimi.

Individuazione nel PTPCT/sezione anticorruzione e trasparenza delle strutture (ad es. quella di auditing) che potranno effettuare controlli su un campione di affidamenti ritenuto significativo (almeno pari al 10%) dell'effettivo ricorrere delle condizioni di urgenza previste dalla norma.

- Monitoraggio sistematico del rispetto dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento al fine di individuare eventuali anomalie che possono incidere sui tempi di attuazione dei programmi.
- Verifica a campione dei casi di anomalia da parte della struttura di auditing individuata dalla S.A. che ne relaziona all'ufficio gare e p.c. all'RPCT.

#### ○Art. 48, co. 4, D.L. n. 77/2021

Per gli affidamenti PNRR, PNC e UE è stata estesa la norma che consente, in caso di impugnativa, l'applicazione delle disposizioni processuali relative alle infrastrutture strategiche (art. 125 d.lgs. n. 104/2010), le quali - fatte salve le ipotesi di cui agli artt. 121 e 123 del citato decreto - limitano la caducazione del contratto, favorendo il risarcimento per equivalente.

#### Misure previste

A seguito di contenzioso, ricognizione da parte dell'ufficio gare – nell'arco di due anni – sia degli OE che hanno avuto la “conservazione del contratto” sia di quelli per i quali è stato concesso il risarcimento ai sensi dell'art. 125 d.lgs. n. 104/2010. Ciò al fine di verificare la ricorrenza dei medesimi OE, indice di un possibile accordo collusivo fra gli stessi.

Pubblicazione degli indennizzi concessi ai sensi dell'art. 125 d.lgs. n. 104/2010.

○Art. 48, co. 5, D.L. 77/2021 - APPALTO INTEGRATO. E' prevista la possibilità per le stazioni appaltanti di procedere all'affidamento di progettazione ed esecuzione dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica (PFTE) di cui all'art. 23, co. 5, del d.lgs. n. 50/2016.

#### Misure previste

Per la redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica da porre a base dell'affidamento l'Anac raccomanda di attenersi alle “Linee guida per la redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica da porre a base dell'affidamento di contratti pubblici di lavori del PNRR e del PNC” emanate dal Consiglio superiore dei lavori pubblici il 29 luglio 2021.

Fermo restando l'applicazione degli articoli dal 14 al 23 del D.P.R. n. 207/2010 ancora vigenti, i soggetti preposti alla verifica del progetto, svolgono tale attività nel rispetto dell'art. 26, co. 4 e di quanto specificato nelle predette linee guida del Consiglio Superiore.

Comunicazione del RUP all'ufficio gare e alla struttura di auditing preposta dell'approvazione del progetto redatto dall'impresa che presenta un incremento di costo e di tempi rispetto a quanto previsto nel progetto posto a base di gara per eventuali verifiche a campione sulle relative modifiche e motivazioni.

Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di *alert* automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni. Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia L'Anac suggerisce, a titolo esemplificativo, di tracciare per ogni appalto le varianti in corso d'opera che comportano: incremento contrattuale superiore al 20% dell'importo iniziale; proroghe con incremento dei termini superiori al 25% di quelli inizialmente previsti; variazioni di natura sostanziale anche se contenute nell'importo contrattuale.

#### ○ **Art. 49, D.L. n. 77/2021 - SUBAPPALTO**

Modifiche alla disciplina del subappalto La disposizione normativa ha inciso sull'art. 105 del d.lgs. n. 50/2016, successivamente modificato Legge 23 dicembre 2021, n. 238 "Legge europea 2019- 2020", in particolare rispetto al limite del ricorso al subappalto prevedendo che:

- a) dalla entrata in vigore del decreto e fino al 31 ottobre 2021 il subappalto non può superare la quota del 50 per cento dell'importo complessivo del contratto;
- b) dal 1° novembre 2021 è stato eliminato qualsiasi limite predeterminato al subappalto.

#### **Misure previste**

- Pubblicazione dei nominativi delle imprese subappaltatrici e degli importi contrattuali.
- Sensibilizzazione dei soggetti competenti preposti a mezzo della diffusione di circolari interne/linee guida comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in materia di subappalto.
- Tracciamento degli appalti rispetto ai quali è stato autorizzato, in un dato arco temporale, il ricorso all'istituto del subappalto. Ciò per consentire all'ente (struttura di auditing appositamente individuata all'interno della S.A., di svolgere, a campione verifiche della conformità alla norma delle autorizzazioni al subappalto concesse dal RUP.
- Verifica da parte dell'ente (struttura di auditing individuata, dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge da parte del DL/DEC e RUP con riferimento allo svolgimento della vigilanza in sede esecutiva con specifico riguardo ai subappalti autorizzati e ai sub contratti comunicati.

○ **Art. 50, co. 2. D.L. n. 77/2021 - Esecuzione Poteri sostitutivi.** Conferisce un potere di intervento diretto e semplificato all'organo titolare del potere sostitutivo mediante applicazione di termini dimezzati rispetto agli originari, qualora decorrano inutilmente i termini per la stipula, la consegna lavori, la costituzione del Collegio Consultivo Tecnico, nonché altri termini anche endo-procedimentali. In tali casi, il responsabile o l'unità organizzativa titolare del potere sostitutivo, d'ufficio o su richiesta, esercita tale potere entro un termine pari alla metà di quello previsto per la conclusione del procedimento. Questo al fine di garantire il rispetto dei tempi previsti per l'attuazione del PNRR e PNC nonché dei programmi cofinanziati con fondi strutturali europei.

#### **Misure previste**

- Link alla pubblicazione, ai sensi dell'art. 35, lett. m) del D.Lgs. n. 33/2013, sul sito istituzionale della stazione appaltante, del nominativo e dei riferimenti del titolare del potere sostitutivo, tenuto ad attivarsi qualora decorrano inutilmente i termini per la stipula, la consegna lavori, la costituzione del Collegio Consultivo Tecnico, nonché altri termini anche endo-procedimentali
- Dichiarazione – da parte del soggetto titolare del potere sostitutivo per la procedura rispetto alla quale viene richiesto il suo intervento - delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016 (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1. del PNA2022).
- Link alla pubblicazione, ai sensi dell'art. 35, lett. m) del D.Lgs. n. 33/2013, sul sito istituzionale della stazione appaltante, del nominativo e dei riferimenti del titolare del potere sostitutivo, tenuto ad attivarsi qualora decorrano inutilmente i termini per la stipula, la consegna lavori, la costituzione del Collegio Consultivo Tecnico, nonché altri termini anche endo-procedimentali.
- Dichiarazione – da parte del soggetto titolare del potere sostitutivo per la procedura rispetto alla quale viene richiesto il suo intervento delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi

dell'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016 (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1. del PNA2022).

- Verifica e valutazione delle dichiarazioni rese dal titolare del potere sostitutivo a cura del competente soggetto individuato dall'amministrazione (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1. PNA2022).
- Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni.
- Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia, l'Anac suggerisce di tracciare gli affidamenti operati dalla stazione appaltante al fine di verificare la rispondenza delle tempistiche di avanzamento in ragione di quanto previsto dalle norme e dal contratto; ciò con l'obiettivo di attivare il potere sostitutivo nei casi di accertato ritardo e decorrenza dei termini.

○ **Art. 50, co. 4, D.L. 77/2021** Premio di accelerazione È previsto che la stazione appaltante preveda nel bando o nell'avviso di indizione della gara dei premi di accelerazione per ogni giorno di anticipo della consegna dell'opera finita, da conferire mediante lo stesso procedimento utilizzato per le applicazioni delle penali. È prevista anche una deroga all'art. 113-bis del Codice dei Contratti pubblici al fine di prevedere delle penali più aggressive in caso di ritardato adempimento.

#### Misure previste

- Comunicazione tempestiva da parte dei soggetti deputati alla gestione del contratto (RUP, DL e DEC) del ricorrere delle circostanze connesse al riconoscimento del premio di accelerazione al fine di consentire le eventuali verifiche della struttura di auditing.
- Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni.
- Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si suggerisce di tracciare gli affidamenti operati dalla stazione appaltante al fine di verificare la rispondenza delle tempistiche di avanzamento in ragione di quanto previsto dalle norme e dal contratto; ciò con l'obiettivo di procedere ad accertamenti nel caso di segnalato ricorso al premio di accelerazione.
- Sensibilizzazione dei soggetti competenti (RUP, DL e DEC) preposti a mezzo della diffusione di circolari interne/linee guida comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in ordine all'esecuzione della prestazione al fine del corretto riconoscimento del premio di accelerazione.

○ **Art. 53, D.L. n. 77/2021** Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di e-procurement e acquisto di beni e servizi informatici.

In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia cloud, nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.

#### Misure previste

- Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata, anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici.
- Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni.
- Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia l'ANAC suggerisce le seguenti azioni volte a predisporre le basi dati in uso alle amministrazioni:
  - tracciamento, in base al Common procurement vocabulary (CPV), degli affidamenti con procedure negoziate, sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC. Ciò al fine di verificare da parte delle

- strutture e/o soggetti competenti (RUP + ufficio gare) se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi;
- tracciamento delle procedure negoziate che fanno rilevare un numero di inviti ad operatori economici inferiore a 5;
  - tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e/o aggiudicatari.
- Verifica da parte dell'ente (struttura di auditing appositamente individuata o altro soggetto all'interno della S.A.) circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari.
  - Aggiornamento tempestivo degli elenchi su richiesta degli operatori economici che intendono partecipare alla gara.
  - Pubblicazione, all'esito delle procedure, dei nominativi degli operatori economici consultati dalla S.A.

**Tabella 13 – Tipologie misure Ulteriori**

**Misure di trasparenza** (ad es. tracciabilità informatica degli atti, aggiornamento degli elenchi degli operatori economici da invitare nelle procedure negoziate, puntuale esplicitazione nelle determinazioni a contrarre delle motivazioni della procedura di affidamento)

**Misure di controllo** (ad es. verifiche interne, monitoraggio dei tempi procedurali, con particolare riferimento agli appalti finanziati con i fondi del PNRR, ricorso a strumenti informatici che consentano il monitoraggio e la tracciabilità degli affidamenti diretti fuori MePA per appalti di lavori, servizi e forniture)

**Misure di semplificazione** (ad es. ricorso alle gare telematiche)

**Misure di regolazione** (ad es. circolari esplicative recanti anche previsioni comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in materia di subappalto, al fine di indirizzare comportamenti in situazioni analoghe e per individuare quei passaggi procedurali che possono dar luogo ad incertezze)

**Misure di rotazione e di formazione del RUP e del personale** a vario titolo preposto ad effettuare le attività di verifica e controllo degli appalti

Utilizzo di **check list** per diverse tipologie di affidamento. Si tratta di strumenti operativi che consentono *in primis* un'attività di autocontrollo di primo livello da parte dei soggetti chiamati a redigere la documentazione della procedura di affidamento, al fine di supportare la compilazione "guidata" degli atti e la loro conformità alla normativa comunitaria e nazionale, nonché un successivo controllo/supervisione dei medesimi atti da parte di soggetti diversi (ufficio contratti, controlli interni ecc.).

**Stipula di patti di integrità** e previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

**Misura di verifica preventiva dei soggetti a cui si applica l'art. 42 del Codice dei contratti pubblici.** Si considerino, ad esempio, i professionisti da reclutarsi secondo quanto stabilito all'art. 1, co. 1, del D.L. n. 80/2021. La citata norma prevede infatti che per dare attuazione ai progetti PNRR le amministrazioni reclutino personale appositamente destinato a realizzare progetti di cui hanno la diretta titolarità di attuazione. I successivi commi ne specificano modalità di reclutamento e requisiti di professionalità (cfr. in particolare co. 2, 3 e 5).

Tra i requisiti richiesti per l'affidamento dell'incarico, secondo quanto indicato dal Ministero per le infrastrutture e la mobilità sostenibile con il decreto 17 gennaio 2022, è prevista espressamente l'assenza di situazioni di conflitto di interessi di cui all'art. 42.

Cfr. parere Cons. Stato n. 667/2019 sullo schema di Linee guida aventi ad oggetto "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici". Soggetti ai quali si applica l'art. 42 del Codice dei contratti pubblici

## Tabella 15 -PNA 2022

### Soggetti ai quali si applica l'art. 42 del Codice dei contratti pubblici

Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo indeterminato  
Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo determinato

Soggetti che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna (ad es. Direttore generale, Capo ufficio legislativo, Capo dipartimento, membri degli organi di amministrazione e controllo della stazione appaltante che non sia un'amministrazione aggiudicatrice, organi di governo delle amministrazioni aggiudicatrici laddove adottino atti di gestione, organi di vigilanza esterni) I prestatori di servizi coinvolti nell'affidamento (ad es. progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori)

I soggetti coinvolti nella fase di esecuzione dei contratti pubblici (ad es. il Direttore dei lavori/Direttore dell'esecuzione e ove nominati, eventuali loro assistenti, il coordinatore per la sicurezza, l'esperto per accordo bonario, gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni, i collaudatori/soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti I professionisti coinvolti per conto della stazione appaltante negli affidamenti legati ai fondi del PNRR

I soggetti che compongono organi politici laddove svolgano una funzione amministrativa-gestionale (ad es. affidamenti gestiti da enti locali di ridotte dimensioni, nei quali il soggetto che assolve un incarico di natura politica potrebbe svolgere anche un ruolo gestionale, svolgimento di funzioni di coordinamento nell'ambito delle procedure di gara in ragione dei poteri attribuiti in virtù di normativa eccezionale e/o emergenziale) Il Presidente e tutti i componenti, sia di parte pubblica che di parte privata, dei collegi consultivi tecnici eccezionale e/o emergenziale) Il Presidente e tutti i componenti, sia di parte pubblica che di parte privata, dei collegi consultivi tecnici.

### Misura di verifica preventiva dei contratti a cui si applica l'art. 42 del Codice dei contratti pubblici

<b>Tabella 16 PNA 2022- Contratti pubblici ai quali si applica l'art. 42</b>
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei <b>settori ordinari sotto soglia</b>
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei <b>settori ordinari sopra soglia</b>
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei <b>settori speciali sopra soglia</b>
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei <b>settori speciali sotto soglia</b>
Contratti pubblici esclusi dal Codice

Misura di regolamentazione dei contenuti delle autocertificazioni da presentarsi per ciascuna procedura di gara al fine di applicare l'art. 42 del Codice dei contratti pubblici

## **Contenuti minimi delle autocertificazioni:**

### **1. Attività professionale e lavorativa pregressa**

- Elencazione degli impieghi presso soggetti pubblici o privati, a tempo determinato/indeterminato, pieno o parziale, in qualsiasi qualifica o ruolo, anche di consulenza, retribuiti e/o a titolo gratuito, precisando se sono svolti attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
- Elencazione delle partecipazioni ad organi collegiali (ad es. comitati, organi consultivi, commissioni o gruppi di lavoro) comunque denominati, a titolo oneroso e/o gratuito, precisando se sono svolte attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
- Elencazione delle partecipazioni a società di persone e/o di capitali, con o senza incarico di amministrazione, precisando se sono detenute attualmente ovvero nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
- Elencazione degli accordi di collaborazione scientifica, delle partecipazioni ad iniziative o a società e studi di professionisti, comunque denominati (ad es. incarichi di ricercatore, responsabile scientifico, collaboratore di progetti), condotti con taluna delle imprese partecipanti alla procedura ovvero, personalmente, con i suoi soci/rapresentanti legali/amministratori, precisando se si tratta di rapporti attuali ovvero relativi ai tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

### **2. Interessi finanziari**

Elencazione delle partecipazioni, in atto ovvero possedute nei tre anni antecedenti, in società di capitali pubbliche o private, riferita alla singola gara e per quanto di conoscenza

### **3. Rapporti e relazioni personali**

#### **Indicare:**

- Se, attualmente o nei tre anni antecedenti, un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale rivesta o abbia rivestito, a titolo gratuito o oneroso, cariche o incarichi nell'ambito delle società partecipanti alla procedura ovvero abbia prestato per esse attività professionale, comunque denominata, a titolo gratuito o oneroso.
- Se e quali cariche o incarichi, comunque denominati, a titolo gratuito o oneroso, rivesta o abbia rivestito nei tre anni antecedenti nell'ambito di una qualsiasi società privata un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale
- Se, in prima persona, ovvero un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale, abbia un contenzioso giurisdizionale pendente o concluso, nei tre anni antecedenti, con l'amministrazione o con le società partecipanti alla procedura.

### **4. Altro**

#### **Indicare:**

- Circostanze ulteriori a quelle sopraelencate che, secondo un canone di ragionevolezza e buona fede, devono essere conosciute da parte dell'amministrazione in quanto ritenute significative nell'ottica della categoria delle "gravi ragioni di convenienza" di cui all'art. 7 del d.P.R. n. 62/2013108.
- Se e quali delle ipotesi sopra contemplate si siano verificate più di tre anni prima del rilascio della dichiarazione.

## **ULTERIORI MISURE PREVENTIVE**

- individuazione dei criteri di rotazione nella nomina del RUP ove possibile tenuto conto delle caratteristiche e modalità organizzative dell'amministrazione;

- chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare e a monitorare le dichiarazioni di situazioni di conflitto di interessi;
- inserimento, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari, ai quali si richiede la preventiva dichiarazione della insussistenza di rapporti di parentela o di familiarità con i soggetti che hanno partecipato alla definizione della procedura di gara e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente;
- previsione, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti, secondo la gravità della violazione accertata e la fase in cui la violazione è posta in essere, oltre che nel rispetto del principio di proporzionalità;
- attestazione da parte del RUP all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione di aver accertato l'assenza di situazioni di conflitto di interessi; ovvero la ricorrenza di situazioni di conflitto tali, però, da non pregiudicare la procedura; ovvero la ricorrenza di significative situazioni di conflitto, a seguito delle quali sono state adottate specifiche misure di riduzione/eliminazione del rischio;
- attività di sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di conflitto di interessi, anche mediante apposite sessioni formative in cui analizzare – tra l'altro – casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto.

### **Adozione MISURE DI TRASPARENZA nelle modalità previste dall'Allegato 9 PNA 2022**

La disciplina normativa che prevede obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture si rinviene nelle norme contenute nella l. n. 190/2012 e nel suo decreto attuativo in materia di trasparenza, nonché nel Codice dei contratti pubblici.

In particolare, la l. n. 190/2012 (art. 1, co. 32) dispone che le pubbliche amministrazioni assicurino livelli essenziali di trasparenza rispetto alla scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del Codice.

Per questo la stessa legge ha previsto espressamente che le stazioni appaltanti sono in ogni caso tenute a pubblicare:

- la struttura proponente
- l'oggetto del bando
- l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte
- l'aggiudicatario
- l'importo di aggiudicazione
- i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura
- l'importo delle somme liquidate

In coerenza con tali principi, il d.lgs. n. 33/2013 stabilisce che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati previsti dalla l. n. 190/2012 e dal Codice dei contratti pubblici e che aggiornano ogni sei mesi, nella sezione «Amministrazione trasparente», gli elenchi dei provvedimenti adottati dagli organi di indirizzo politico e dai dirigenti con riguardo ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta.

Il Codice dei contratti pubblici reca la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza all'art. 29, co. 1, disponendo, in senso molto ampio e generale, sulla pubblicazione di tutti gli atti delle procedure di gara.

La norma non opera alcuna distinzione a priori fra contratti sopra o sotto-soglia o tra settori, dovendosi semmai rintracciare in altre norme del Codice la previsione di obblighi di pubblicazione specifici per determinati contratti.

Il legislatore nel 2021116 ha aggiunto inoltre ai dati da sottoporre a pubblicazione quelli relativi all'esecuzione.

All'esecuzione di un contratto pubblico, quindi, è oggi assicurata la massima conoscibilità in quanto, oltre agli atti, ai dati e alle informazioni che le amministrazioni sono tenute a pubblicare rispetto a questa fase ai sensi

del d.lgs. n. 33/2013 e del Codice dei contratti, ad essa trova applicazione anche l'istituto dell'accesso civico generalizzato, riconosciuto espressamente ammissibile dal Consiglio di Stato pure con riguardo agli atti della fase esecutiva (Ad. Plenaria Consiglio di Stato del 2 aprile 2020, n. 10).

L'Allegato 9 al Pna 2022 elenca, per ogni procedura contrattuale, dai primi atti all'esecuzione, gli obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici oggi vigenti cui le amministrazioni devono riferirsi per i dati, atti, informazioni da pubblicare nella sotto-sezioni di primo livello "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente".

Il Referente aziendale/RUP verifica in sede di monitoraggio di 1° livello la corretta attuazione delle misure programmate

Il RPC acquisisce in sede di monitoraggio di 2° livello l'autocertificazione prodotta dal Referente Aziendale di Riferimento della avvenuta verifica in sede di monitoraggio della corretta attuazione delle misure programmate.

### **Misura per la individuazione dei RUP**

Il Responsabile unico del procedimento (RUP) resta una figura centrale nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, secondo quanto disposto all'art. 3167 del d.lgs. n. 50/2016.

In particolare, la norma stabilisce che, per ogni singola procedura per l'affidamento di un appalto o di una concessione, le stazioni appaltanti individuano un responsabile unico del procedimento (RUP) per le fasi della programmazione, della progettazione, dell'affidamento, dell'esecuzione.

La norma disciplina, altresì, le modalità di nomina del RUP, i requisiti richiesti e i numerosi e delicati compiti allo stesso attribuiti.

Con le linee guida n. 3 del 2016, cui si rinvia, l'Autorità ha dedicato una particolare attenzione al ruolo del RUP, fornendo alle stazioni appaltanti alcuni chiarimenti in merito a diversi profili, quali appunto i poteri esercitati e i requisiti per la nomina.

In particolare, nelle citate LLGG è stato precisato che:

- il RUP è individuato, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 31, co. 1, del Codice, con atto formale del dirigente o del soggetto responsabile dell'unità organizzativa, tra i dipendenti di ruolo addetti all'unità organizzativa inquadrati come dirigenti o dipendenti con funzioni direttive o, in caso di carenza in organico della suddetta unità organizzativa, tra i dipendenti in servizio con analoghe caratteristiche;
- per effetto del divieto fissato all'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001, introdotto dalla l. n. 190/2012, non può svolgere le funzioni di RUP chi sia stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale;
- le funzioni di RUP non possono essere assunte dal personale che versa nelle ipotesi di conflitto di interessi di cui al co. 2 dell'art. 42 del Codice.

L'art. 42 si applica tra l'altro a tutto il personale e ai soggetti che partecipano alle attività connesse alle procedure di affidamento ed esecuzione del contratto.

Non può, pertanto, ricoprire tale posizione il dipendente che si trovi in una delle ipotesi descritte al citato art. 42, co. 2.

Si richiama l'attenzione sulla necessità che il superiore gerarchico, competente alla nomina, valuti la sussistenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi che emergano dalla relativa dichiarazione resa dal soggetto interessato, in conformità alle indicazioni formulate da ANAC nel PNA 2022 nella Parte speciale "Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici", cui si rinvia.

La normativa europea emanata per l'attuazione del PNRR assegna un particolare valore alla prevenzione dei conflitti di interessi. In proposito, l'art. 22, co. 1, del Regolamento UE 241/202177 prevede espressamente: "Nell'attuare il dispositivo gli Stati membri, in qualità di beneficiari o mutuatari di fondi a titolo dello stesso,



adottano tutte le opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi in relazione alle misure sostenute dal dispositivo sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi”.

Inoltre, il Regolamento UE, al fine di prevenire il conflitto di interessi, all'art. 22, stabilisce specifiche misure, imponendo agli Stati membri, fra l'altro, l'obbligo di fornire alla Commissione i dati del titolare effettivo del destinatario dei fondi o dell'appaltatore “in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi”.

Lo Stato italiano ha recepito le misure fissate a livello di regolamentazione UE, oltre che in disposizioni normative, anche negli atti adottati dal MEF, Dipartimento RGS, Servizio centrale per il PNRR, quale punto di contatto nazionale per l'attuazione del PNRR.

In particolare, nelle LLGG del MEF 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 MEF nelle predette LLGG 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 la nozione di titolare effettivo, i criteri e le indicazioni ai fini dell'individuazione dello stesso si rinvia a quanto stabilito nella normativa in materia di anticiclaggio di cui al d.lgs. n. 231/2007 e riportato nelle stesse Linee guida del MEF78.

**L'Anac chiarisce la nozione di “stazione appaltante”** rilevante ai fini dell'art. 42 che pertanto si estende alle Amministrazioni dello Stato, agli Enti Pubblici Territoriali, agli altri Enti Pubblici non Economici, agli Organismi di Diritto Pubblico, alle Associazioni, Unioni, Consorzi, comunque denominati, costituiti da detti soggetti; alle Società a controllo o partecipazione pubblica quando svolgono attività di stazioni appaltanti; alle Società in house quando svolgono attività di stazioni appaltanti; agli Enti Privati che operino in qualità di stazioni appaltanti.

L'Anac individua anche:

**I soggetti ai quali si applica l'art. 42 del Codice dei contratti pubblici:**

- Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo indeterminato;
- Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo determinato;
- I Soggetti che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna (ad es. Direttore generale, Capo ufficio legislativo, Capo dipartimento, membri degli organi di amministrazione e controllo della stazione appaltante che non sia un'amministrazione aggiudicatrice, organi di governo delle amministrazioni aggiudicatrici laddove adottino atti di gestione, organi di vigilanza esterni)
- I prestatori di servizi coinvolti nell'affidamento (ad es. progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori) I soggetti coinvolti nella fase di esecuzione dei contratti pubblici (ad es. il Direttore dei lavori/Direttore dell'esecuzione e ove nominati, eventuali loro assistenti, il coordinatore per la sicurezza, l'esperto per accordo bonario, gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni, i collaudatori/soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti.
- I professionisti coinvolti per conto della stazione appaltante negli affidamenti legati ai fondi del PNRR
- I soggetti che compongono organi politici laddove svolgano una funzione amministrativa-gestionale (ad es. affidamenti gestiti da enti locali di ridotte dimensioni, nei quali il soggetto che assolve un incarico di natura politica potrebbe svolgere anche un ruolo gestionale, svolgimento di funzioni di coordinamento nell'ambito delle procedure di gara in ragione dei poteri attribuiti in virtù di normativa eccezionale e/o emergenziale)

- Il Presidente e tutti i componenti, sia di parte pubblica che di parte privata, dei collegi consultivi tecnici

**I Contratti pubblici ai quali si applica l'art. 42:**

- I Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sotto soglia;
- I Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sopra soglia;
- I Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sopra soglia;
- I Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sotto soglia;
- I Contratti pubblici esclusi dal Codice

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

**MISURA n.11: Gestione delle entrate e delle spese**

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione quali:

- liquidare fattura senza adeguata verifica della prestazione;
- sovrappagare o fatturare prestazioni non svolte;
- effettuare registrazioni in bilancio non corrette o non veritiere;
- effettuare pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture.

Risulta necessario mettere in atto misure che garantiscano la tracciabilità e la trasparenza dei flussi contabili e finanziari, al fine di agevolare la verifica ed il controllo sulla correttezza della gestione contabile-patrimoniale delle risorse e di prevenire operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici di questa Azienda.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

**MISURA n.12: Gestione del patrimonio**

Ai sensi dell'Art 30 del DLgs n. 33/2013 le pubbliche amministrazioni sono tenute, ai fini della trasparenza, alla pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili posseduti e di quelli detenuti, nonché dei canoni di locazione/occupazione o di affitto versati o percepiti.

La determinazione n. 831 del 3 agosto 2016 dell'ANAC ha evidenziato che è possibile prefigurare pensabili eventi rischiosi riconducibili alla valorizzazione del patrimonio da alienare e alle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita). Non è da trascurare anche il rischio del progressivo deterioramento del bene con conseguenziale riduzione del valore commerciale dello stesso.

Se parte del patrimonio non viene direttamente utilizzato per finalità proprie, è auspicabile prevedere forme di messa a reddito di tale patrimonio (ad es. attraverso la cessione o la locazione).

Si elencano le principali misure programmate:

**Misure di trasparenza**, iniziando da quelle obbligatorie riguardanti le informazioni sugli immobili di proprietà di cui all'art. 30 del d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.

Il rafforzamento delle misure di trasparenza anche con riferimento alla pubblicazione di dati ulteriori quali, ad esempio, il valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo.

In questo contesto, oltre agli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 30 del d.lgs. 33/2013, anche come modificato dal d.lgs. 97/2016, ovvero la pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili (ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore) a qualsiasi titolo posseduti o detenuti (ad es. proprietà e altri diritti reali, concessione ecc.), dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti dalle amministrazioni, sarebbe opportuno che l'Azienda Sanitaria rendesse disponibili anche le seguenti tipologie di informazioni:

- a) modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo (es. interaziendale con condivisione di risorse);
- b) patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore;
- c) esito delle procedure di dismissione/locazione;
- d) redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### MISURA n.13: Modulo G

Ai sensi dell'art.1 c.2 lett. g) del D.Lgs. n.39/2013 per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal presente decreto a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

Le situazioni di inconferibilità sono previste nei Capi II, III e IV del D.Lgs.n.39/2013.

Ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n.39/2013 lettere c) ed e), a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, non possono essere attribuiti:

- a) gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, comunque denominati, nelle pubbliche amministrazioni;
- b) negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico di livello nazionale, regionale e locale;
- c) gli incarichi di Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo nelle aziende sanitarie locali del servizio sanitario nazionale.

Ai sensi dell'art.41 del D.Lgs. 33/2013 così come integrato dal D.Lgs. 97/2016 comma 2: "Le aziende sanitarie ed ospedaliere pubblicano tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento".

Al comma 3: "alla Dirigenza Sanitaria di cui al comma 2, fatta eccezione per i responsabili di strutture semplici, si applicano gli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 15.

Per attività professionali, ai sensi del comma 1, lettera c) dell'articolo 15, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario".

L'ANAC con delibera n. 833 del 3/8/2016 in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi, anche al fine di valutare potenziali conflitti d'interesse ha evidenziato la necessità da parte delle Amministrazioni di accettare solo la dichiarazione alla quale venga allegata l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti e/o attività svolte dal soggetto che si vuole nominare, nonché delle eventuali condanne da questo subite per i reati commessi contro la pubblica amministrazione.

A quel punto sarà onere dell'amministrazione conferente, sulla base della fedele elencazione degli incarichi ricoperti, o attività svolte effettuare le necessarie verifiche circa la sussistenza di una causa di inconferibilità o di incompatibilità riguardo le dichiarazioni rese al momento del conferimento dell'incarico (MODELLO G).



Sono tenuti a presentare la modulistica il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Responsabile di Dipartimento, il Responsabile di Struttura Semplice, il Responsabile di Struttura Complessa, il Direttore dei servizi socio sanitari (dove previsto), i Dirigenti amministrativi, i Capi uffici di diretta collaborazione, le Posizioni organizzative con deleghe o funzioni dirigenziali, tutti dirigenti esterni ed interni, dirigenti professional (consulenti, collaboratori, esperti). Costoro in ordine alla comunicazione della situazione di inconferibilità, devono produrre alla Direzione Generale o Organo Conferente, all'atto della nomina e prima del provvedimento definitivo di conferimento dell'incarico, apposita autocertificazione (cfr. modulo allegato G).

**L'Organo conferente**, avvalendosi degli Uffici preposti ai controlli e verifiche del competente Dipartimento Risorse Umane, S.O. e AA.GG., garantisce le dovute verifiche sui contenuti delle autocertificazioni acquisite, in ordine alla insussistenza di cause di inconferibilità, incompatibilità e assenza di conflitti di interesse, preventivamente alla definizione del provvedimento finale di conferimento dell'incarico e della sottoscrizione del relativo contratto di lavoro (Delibera 833 del 3/8/2016ANAC).

L'obiettivo è di prevenire ex ante i casi di inconferibilità ed incompatibilità, atti ad inficiare l'imparzialità della Pubblica Amministrazione.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

#### MISURA n.14: Modulo H

Ai sensi dell'art.1 c.2 lett. h del D. Lgv. n.39/2013 per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico".

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei Capi V e VI del D.Lgs.n.39/2013; Ulteriori situazioni di incompatibilità per la Dirigenza Aziendale sono state previste nel vigente Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività e incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'ASP di Palermo, approvato con deliberazione n. 188 del 25.09.2014. Le suddette situazioni di incompatibilità sono dichiarate dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Responsabile di Dipartimento, dal Responsabile di Struttura Semplice, dal Responsabile di Struttura Complessa, dal Direttore dei servizi socio sanitari (dove previsto), dai Dirigenti amministrativi, dai Capi uffici di diretta collaborazione, da tutti i dirigenti esterni ed interni, dirigenti professional (consulenti, collaboratori, esperti dalle Posizioni organizzative con deleghe o funzioni dirigenziali all'atto del conferimento (modulo G); se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento.

Entro il 28 febbraio di ogni anno e comunque entro le 48 ore da quando si ha avuto conoscenza, i suddetti dichiaranti devono produrre apposita autocertificazione (cfr.modulo **allegato H** al vigente piano).

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

#### MISURA n.15: Modulo L

L'art.35-bis del D.Lgv. n.165/2001 introdotto dall'art. 1, comma 46, legge n. 190 del 2012 prevede testualmente che:

1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

In questa Azienda le cause di inconfiribilità del precedente punto 1) si riferiscono al personale ed alle altre categorie che:

- a) sono assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, e al personale dipendente/non dipendente che fa parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi;
- b) svolgono il ruolo di presidente, componente e segretario, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi o per progressioni di carriera;
- c) svolgono il ruolo di presidente, componente e segretario, di commissioni, ad esempio, per l'accertamento e il riconoscimento dell'invalidità civile (L. 295/90 e ss.mm.ii.), dell'handicap (L. 104/92 e ss.mm.ii.), del sordomutismo (L. 381/70 e ss.mm.ii.), della cecità civile (L. 382/70 e ss.mm.ii.), della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo (L. 68/99 ss.mm.ii. ecc) e per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

Tutti i suddetti dipendenti (Dirigenti e il personale dipendente/non dipendente) in ordine alla comunicazione della situazione di inconfiribilità di cui alle lettere a) b) c) sopra indicate, devono presentare apposita autocertificazione (*cf. modulo allegato "L" al vigente piano*) all'atto del conferimento dell'incarico o accettazione dell'incarico.

Nel corso del rapporto, secondo gli assetti organizzativi aziendali, i medesimi devono rinnovare annualmente, ed comunque entro le 48 ore da quando si ha avuto conoscenza, la suddetta autocertificazione ai soggetti come previsti nel vigente PTPCT a cui si rimanda.

Per il personale dipendente/non dipendente che fa parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi la dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità, resa ai sensi di legge/ va presentata /rinnovata al soggetto nominante e al Dirigente gerarchicamente superiore, per ciascuna procedura di gara, contestualmente all'insussistenza di cause di conflitto di interesse di cui all'art. 42 del codice dei contratti pubblici.

Se a seguito dei controlli sulle autocertificazioni rese dagli interessati, o nel caso di autocertificazione dell'interessato emerga nel corso del rapporto una situazione di inconfiribilità, il soggetto preposto alle verifiche ne deve dare immediata comunicazione al soggetto che ha conferito l'incarico e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, che la contesterà all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del D.lgs. n. 39/2013.

La mancata presentazione/aggiornamento della predetta autocertificazione costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente. La situazione di inconfiribilità non può essere sanata.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

## MISURA n.16: Formazione

La formazione è una misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione.

Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività.

Si tratta di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze che, nel lungo periodo, possano porre le basi per agevolare il processo di rotazione.

Il DECRETO-LEGGE 30 aprile 2022, n. 36 Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). (22G00049) convertito con modificazioni dalla L. 29 giugno 2022, n. 79 (in G.U. 29/06/2022, n. 150) all'art.4 Rubricato Aggiornamento dei codici di comportamento e formazione in tema di etica pubblica prevede *al Comma 1 lettera b)* testualmente:

*"Le pubbliche amministrazioni prevedono lo svolgimento di un ciclo formativo obbligatorio, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale, le cui durata e intensità sono proporzionate al grado di responsabilità, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico").*

L'ASP Palermo sin dall'anno 2014 ha iniziato adeguati percorsi di formazione sui temi dell'etica, della legalità e sulla normativa anticorruzione di livello generale, con il coinvolgimento dei Direttori/Responsabili di struttura che riguardano il contenuto dei "Codici di comportamento" e il "Codice disciplinare" e si basano prevalentemente sull'esame di casi concreti.

Con nota prot. n. 95/ Prev. Corr. del 25.06.2019, inviata alla Direzione Strategica e al Responsabile della Formazione, è stata evidenziata la necessità di programmare e realizzare ulteriori corsi di formazione in tematiche specialistiche (conflitti di interesse, antiriciclaggio, pantouflage).

Dette tematiche sono state dettagliatamente elencate con successiva e-mail del 01.10.2019 al Responsabile della Formazione.

Nell'anno 2022 è stata garantita dai Referenti Aziendali la promozione e la realizzazione delle formazioni del personale dipendente di ciascuna Struttura, mediante la partecipazione a corsi specifici Online IFEL.

La suddetta formazione, individuata tra l'altro quale obiettivo strategico di performance, è stata garantita da parte dei Referenti aziendali, quale occasione per realizzare la conoscenza di ambiti specifici.

È stata garantita altresì da parte dei Referenti aziendali la diffusione di contenuti del codice di comportamento e del PTPCT vigente nei confronti dei dipendenti della struttura di cui sono titolari.

Gli incontri tra l'RPC e i Referenti aziendali, in sede di Audit, quale occasione di analisi di nuovi processi ed attività da mappare, è stata occasione per diffondere ed approfondire la conoscenza in materia di rischi correlati alla Gestione dei finanziamenti in sede di attuazione degli interventi Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Altrettante attività formative (in particolare in materia di antiriciclaggio) saranno garantite nel corso del triennio 2023-2025 a carico dei Referenti Aziendali di ciascuna struttura organizzativa.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### MISURA n.17: Modulo N (Patti di Integrità)

Le strutture aziendali che stipulano contratti/convenzioni o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere e/o regolano rapporti aventi rilevanza economica con altri soggetti.

In qualsiasi procedura negoziata, sia per la fornitura di beni/servizi sia per l'esecuzione di lavori (anche di valore inferiore a € 40.000,00) dovranno procedere a fare sottoscrivere, a pena di esclusione, alle Ditte partecipanti, il Patto di Integrità secondo il modello allegato "N" al PTPC vigente; il detto modello debitamente sottoscritto dovrà essere presentato – a pena di esclusione – in uno alla documentazione necessaria per la partecipazione alla procedura negoziata. Il detto modello dovrà essere altresì sottoscritto dal Direttore/Responsabile della Struttura che cura la procedura contrattuale.

Negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito dovrà essere inserita la clausola che il mancato rispetto del patto d'integrità sottoscritto dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

La mancata previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della predetta clausola di salvaguardia, e/o la mancata verifica della sottoscrizione del Patto d'Integrità costituiscono violazioni dei doveri del pubblico dipendente oltre che violazione del codice di comportamento aziendale.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### MISURA n. 18: Rapporti fra l'amministrazione e i soggetti aventi rilevanza economica

L'applicazione di una adeguata misura dei controlli sia quantitativi che qualitativi, costituisce il presupposto per monitorare e vigilare sui Rapporti fra questa Azienda e i soggetti aventi rilevanza economica

Con riferimento alla fase dell'autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'Azienda Sanitaria locale possibili specifiche misure di prevenzione sono, ad esempio:

- la definizione di tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento;
- la previsione di requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive;
- la rotazione degli ispettori;
- la definizione di procedure per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello standard di verbale omogeneo;
- il rafforzamento della trasparenza
- il rafforzamento dei controlli intesi quali azioni volte a presidiare il procedimento autorizzativo, indirizzando ed intensificando i controlli sul possesso dei requisiti autorizzativi nella fase pre-autorizzativa e, successivamente, con controlli anche a campione e senza preavviso, sul mantenimento degli stessi, con frequenza almeno annuale.

A ciò si aggiunga che, in questa fase, il soggetto è autorizzato a esercitare l'attività sanitaria esclusivamente in regime privatistico e con oneri a carico del cittadino. Ciò implica la necessità di realizzare:

- il rafforzamento dei controlli quali-quantitativi e di esito sulle prestazioni erogate in regime di contrattualizzazione;(controlli di qualità a tutela del cittadino stesso come ad esempio somministrazione di check list di gradimento della qualità dei servizi agli stakeholder esterni).
- misure che garantiscano una corretta informazione come, ad esempio, la pubblicazione dei prezzi delle prestazioni;
- controlli a campione e senza preavviso), anche nella fase di esecuzione dei contratti.

Anche sotto questo profilo, laddove, in esito ai controlli, dovessero emergere gravi irregolarità, l'azienda deve promuovere procedimenti di sospensione o revoca del contratto e dell'accreditamento - così come previsto

dalla gran parte della legislazione regionale vigente - anche al fine di consentire un eventuale subentro di altri soggetti aventi i requisiti di legge.

#### **Ulteriori Tipologie di attività di Controllo:**

- La definizione di modalità di controllo e vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali;
- L'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, la avvenuta formazione e rotazione del personale addetto al controllo
- La realizzata segregazione delle funzioni;
- Prevedere meccanismi non automatici di rinnovo del contratto, ma legati alle verifica delle performance, anche in termini di risultati e di qualità del servizio offerto, prevedendo anche, in sede di stipula del contratto, che il soggetto si impegni a collaborare con la pubblica amministrazione.

In considerazione della rilevanza essenzialmente pubblicistica dell'attività svolta dal privato accreditato contrattualizzato con il SSN, si individuano le seguenti misure sia in tema di personale che di acquisti, trattandosi di due ambiti che incidono sui requisiti di accreditamento e quindi sulla qualità dei servizi.

In particolare è necessario prevedere, nei modelli contrattuali:

- una clausola che impegni il soggetto privato accreditato a rispettare e mantenere i requisiti organizzativi nel rispetto della dotazione organica quali-quantitativa prevista per la tipologia di attività sanitaria oggetto di accreditamento e di contrattualizzazione.
- una clausola che impegni il soggetto privato accreditato e contrattualizzato ad assicurare livelli di qualità delle tecnologie e dei presidi sanitari che garantiscano i parametri di qualità, efficienza e sicurezza delle attività sanitarie, in considerazione che il mancato rispetto degli obblighi, costituiscono causa di sospensione dell'accREDITAMENTO.

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono a monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti/convenzioni o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso apposita modulistica da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

#### **MISURA n.19: Divieto di svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS) art.53 c.16 ter D.Lgs. n.165/2001 - Modulo Allegato "I" al PTPC ASP PALERMO**

*I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.*

L'Anac nel PNA 2022 ha chiarito quanto segue:

#### **Soggetti a cui si applica il pantouflage (PNA 2022 Tabella 10)**

Il divieto si applica

Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, d.lgs. n. 165/2001:

- Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
- Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato



- Ai titolari degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013
- A coloro che negli enti pubblici economici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico rivestano uno degli incarichi di cui all'art. 1 del d.lgs. n. 39/2013, secondo quanto previsto all'art. 21 del medesimo decreto

### **Soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione esclusi dall'ambito di applicazione del pantouflage:**

- Società in house della pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente pubblico;
- Enti privati costituiti successivamente alla cessazione del rapporto di pubblico impiego del dipendente che non presentino profili di continuità con enti già esistenti.

L'applicazione della disciplina sul pantouflage comporta che il dipendente che ha cessato il proprio rapporto lavorativo "pubblicistico" svolga "attività lavorativa o professionale" presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione.

L'attività lavorativa o professionale in questione va estesa a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi ai rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato, incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati.

**N.B. Sono esclusi dal pantouflage gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità:** l'occasionalità dell'incarico, infatti, fa venire meno anche il carattere di "attività professionale" richiesto dalla norma, che si caratterizza per l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata.

### **L'Anac nel PNA 2022 chiarisce che:**

- Il presupposto perché vi sia *pantouflage* è l'esercizio di poteri autoritativi o negoziali da parte del dipendente pubblico, inteso nei sensi sopra delineati.
- il potere autoritativo della pubblica amministrazione implica l'adozione di provvedimenti amministrativi atti ad incidere unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari.

L'Autorità chiarisce, pertanto, che con tale espressione il legislatore abbia voluto considerare tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale. Tra questi, naturalmente, può ricomprendersi anche l'adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario e quindi anche atti di autorizzazione, concessione, sovvenzione, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere.

Ne consegue che al fine di valutare l'applicazione del *pantouflage* agli atti di esercizio di poteri autoritativi o negoziali, occorrerà valutare nel caso concreto l'influenza esercitata sul provvedimento finale.

Rientrano nei "poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni", sia provvedimenti afferenti specificamente alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la PA, sia provvedimenti adottati unilateralmente dalla pubblica amministrazione, quale manifestazione del potere autoritativo, che incidono, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari.

Il Consiglio di Stato ha stabilito la competenza dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in merito alla vigilanza e all'accertamento delle fattispecie di "incompatibilità successiva" di cui all'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001, in base al combinato disposto degli artt. 16 e 21 del d.lgs. n. 39/2013, e la conseguente competenza sotto il profilo sanzionatorio. Anche la Corte di Cassazione investita del ricorso avverso la sopra citata sentenza, con la recente decisione del 25 novembre 202159 ha confermato la sussistenza in capo ad ANAC dei poteri di vigilanza e sanzionatori in materia di pantouflage.

In adesione a quanto raccomandato dall'Anac nel PNA 2022 si rende necessario prevedere e programmare un ampliamento della misura e pertanto si rimanda all'applicazione di quanto indicato dal vigente PTPCT e alle indicazioni dell'Allegato I Sez. 1,2,3.

### **MISURA n.20: Esercizio dell'attività libero professionale integrata**

Per quest'area specifica è necessario implementare il processo di gestione del rischio con riferimento sia alla fase autorizzatoria che a quella dello svolgimento effettivo dell'attività libero professionale, nel rispetto del Regolamento Aziendale.

Per quanto attiene alla fase autorizzatoria è necessario, oltre la preventiva verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI, anche il controllo sulle dichiarazioni sostitutive prodotte dai professionisti, al fine del rilascio della autorizzazione.

In merito alla verifica del corretto svolgimento dell'ALPI, viene predisposta apposita checklist quale ulteriore misura finalizzata alla verifica della corretta applicazione del regolamento aziendale sulle modalità organizzative dell'attività libero-professionale intramuraria (deliberazione n.123 del 05. 02.2020).

L'attività di controllo posta in essere con l'applicazione delle check-list è diretta alla verifica delle sotto elencate azioni:

- verifica sul sistema di prenotazione da parte del CUP (gestione delle prenotazioni in relazione alle distinte agende fornite dal Dirigente autorizzato con le modalità stabilite dall'Azienda in merito a disciplina, luogo di svolgimento, giorni, orari, tipologia delle prestazioni e tariffe) e verifica sulle timbrature con codice 18 effettuate dal Dirigente autorizzato nelle giornate in cui effettua prestazioni in ALPI;
- verifica sull'attività di riscossione;
- verifica del rispetto delle procedure amministrative previste dal regolamento aziendale
- controllo mensile sul corretto equilibrio fra attività istituzionale ed attività resa in ALPI e controllo mensile sulle prestazioni rese e fatturate.
- verifica del rispetto della misura per prevenire i conflitti di interesse ;
- verifica della misura divieto di pantouflage.

Adeguate Misure di contrasto dei rischi possono individuarsi, ad esempio:

- a. nell'informatizzazione delle liste di attesa;
- b. nell'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraaziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia;
- c. nell'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;
- d. nella verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;
- e. nell'adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione;
- f. nel prevedere nel regolamento aziendale una disciplina dei ricoveri in regime di libera professione e specifiche sanzioni;

Per quanto concerne l'ALPI espletata presso "studi professionali in rete", al fine di evitare la violazione degli obblighi di fatturazione e la mancata prenotazione tramite il servizio aziendale, occorre rafforzare i controlli e le verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### **MISURA n.21: Procedure riguardanti incarichi e nomine**

L'ambito delle attività relative al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali".

Nel settore sanitario il "rischio" è connesso:

- alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza;
- alla mancata e/o carente osservanza dei criteri di imparzialità;

- all'uso distorto della discrezionalità.

Il conferimento degli incarichi è una delle dirette prerogative del Direttore Generale in cui si misura in maniera più evidente la capacità e l'integrità manageriale e l'adeguatezza degli strumenti dallo stesso utilizzati al fine di assicurare la corretta programmazione, pianificazione e valutazione del valore delle risorse umane e professionali e, conseguentemente, dell'organizzazione dei servizi.

L'ANAC, con l'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione e con Determinazione n. 833 del 3 agosto 2016, ha approfondito l'ambito relativo al conferimento degli incarichi dirigenziali di livello intermedio, quelli di struttura complessa e gli incarichi ai professionisti esterni, esemplificandone rischi e relative misure.

La misura prevede:

- Il potenziamento della misura di trasparenza pubblicando dati ulteriori a quelli già previsti dall'art. 41, del D.lgs. 33/2013 così come modificato dal D.lgs 97/2016.  
A prescindere dal ruolo, dalla qualifica e dal settore di riferimento, l'Azienda intende dare evidenza ai processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse.
- Attività di controllo e verifiche in ordine alla corretta applicazione delle norme in materia di:
  1. Conferimento incarichi
  2. Comunicazione di interessi finanziari
  3. insussistenza di conflitti di interesse
  4. insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità
  5. rispetto del divieto di pantouflage

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### **MISURA n.22: Attività riguardanti l'ambito farmaceutico, dispositivi e altre tecnologie di ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni**

Il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione riguardanti il ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale - territorio.

Tuttavia, la peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.

In tal senso, oltre alle misure di carattere generale relative all'intero ciclo degli acquisti, costituiscono misure specifiche:

- la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte;
- l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione.

Quest'ultima misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente, consentirebbe la riduzione di eventuali sprechi e una

corretta allocazione/utilizzo di risorse. In tal senso, oltre alle misure di carattere generale relative all'intero ciclo degli acquisti, costituiscono misure specifiche:

- la sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.
- la standardizzazione delle procedure di controllo e verifica;

In considerazione della complessità dei processi relativi all'area di rischio in questione, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali, si adotta la misura che, in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, consente di rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi, in questo contesto, costituiscono ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi di rischio corruttivo.

Contestualmente il personale addetto alla vigilanza e al controllo, è obbligato alla osservanza delle seguenti misure generali:

- la previsione di specifiche regole di condotta nei codici di comportamento adottati dai soggetti destinatari;
- misure di rotazione rivolte agli operatori addetti a tale attività;
- la segregazione delle funzioni.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

### **MISURA n.23: Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero**

Le attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero rappresentano un ambito particolarmente sensibile al rischio di corruzione (Determinazione ANAC n.12 del 2015 e n.831 del 2016).

A questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero occorre assicurare, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, la più appropriata modalità di gestione.

Gli eventi rischiosi che possono verificarsi, sono, ad esempio:

- la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili;
- la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili;
- la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Le misure, sia nel caso di gestione esternalizzata che internalizzata, devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

A titolo esemplificativo, si identificano le seguenti misure minime:

1. rotazione del personale direttamente interessato;
2. adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento ;
3. Somministrazione agli utenti di questionari di gradimento sulla qualità dei servizi erogati



Per gli operatori esterni, una possibile misura è costituita dal monitoraggio dei costi e tempi di assegnazione (anche al fine di riscontrare eventuali proroghe ripetute e/o una eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppo di imprese) del servizio di camere mortuarie.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

#### **MISURA n.24: Gestione liste di attesa**

Quando l'alterazione delle liste di attesa provoca un differimento "volontario" dei tempi di erogazione di prestazioni a più elevato indice di priorità con conseguenti ripercussioni sullo stato di salute del paziente destinatario di tali prestazioni, bisogna attuare tutte le misure atte a potenziare le azioni di ispezione, vigilanza e di controllo dei processi che riguardano ad esempio:

1. la informatizzazione delle liste di attesa;
2. l'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia;
3. l'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;
4. la verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;
5. la definizione di tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento;
6. la previsione di requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive;
7. la rotazione degli ispettori;
8. la definizione di procedure standard per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello di verbale omogeneo;

Tali misure consentiranno il contenimento del rischio risultante da comportamenti di "maladministration" e la riduzione o eliminazione delle cause che possono condurre all'errore umano o alla cattiva gestione.

**La misura prevede** le seguenti tipologie di verifiche da eseguire:

- verifica del rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (diagnostiche e terapeutiche), avuto riguardo del trattamento dei dati sensibili Dlgs33/2013 e ss.mm.ii.;
- verifica della corretta informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie;
- verifica della separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionali e attività libero professionale intramoenia (ALPI);
- verifica della unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP) su base almeno provinciale, facilmente accessibile (es. call center, sportelli aziendali, rete delle farmacie, ecc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i follow up successivi;
- verifica dell'utilizzo delle classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa (specificando se si tratta di prima visita o controllo).
- Verifica dell'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale e dell'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;
- verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;
- verifica delle tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento;
- verifica sull'utilizzo di un modello standard di verbale omogeneo per l'esecuzione delle attività ispettive.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

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 sovrappone<sup>4</sup> 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”<sup>5</sup>.*

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.

## MISURA n.25 Antiriciclaggio

Il sistema dell'antiriciclaggio persegue l'obiettivo di impedire l'inserimento nel sistema legale di risorse di origine illecita; pertanto mira ad assicurare la stabilità economica, il corretto funzionamento dei mercati e dei concorrenti, tutelando l'ordine pubblico economico in attuazione di principi di matrice costituzionale e di derivazione europea.

Inevitabilmente, la prevenzione rappresenta un valido strumento di supporto e complemento dell'attività di repressione dei reati.

In continuità con quanto disposto in passato, anche l’attuale 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”*.

È fondamentale intercettare e impedire l'uso e la dissimulazione dei proventi di attività criminose. L'apparato antiriciclaggio, per la sua capacità di individuare e ricostruire condotte criminali, è utilizzato anche per contrastare il finanziamento del terrorismo e della proliferazione delle armi di distruzione di massa.

Nel 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*

---

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

<sup>5</sup> 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>).

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 RiskAssessment 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)".

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).

Questa Azienda Sanitaria ha assunto un ruolo attivo nel garantire la piena operatività dei meccanismi che l'ordinamento ha apprestato in funzione di prevenzione dell'antiriciclaggio.

In particolare è fondamentale il ruolo della Direzione Amministrativa, quale organo di indirizzo (fornisce direttiva 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. Quest'ultimi, in base a specifici indicatori, devono individuare i casi rilevanti da segnalare al Gestore delle Segnalazioni Antiriciclaggio.

Il Gestore delle Segnalazioni Antiriciclaggio 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 Gestore delle Segnalazioni Antiriciclaggio opera in sinergia con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione atteso le affinità e la possibile convergenza di compiti. Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 dedica specifica attenzione alla prevenzione dei fenomeni di riciclaggio e terrorismo e testualmente prevede "*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*".

Al fine di dare piena attuazione alla normativa sulla prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo, questa Amministrazione, con la presente misura si rende necessaria la realizzazione di procedure organizzative all'interno del Piano delle Performances ove verranno fornite chiare indicazioni sulle responsabilità, sulle modalità e sui tempi di attuazione delle procedure interne agli uffici.

In particolare, si ritiene necessario che il sistema della prevenzione dell'antiriciclaggio si incentri sulle attività di seguito specificate:

- procedere ad una specifica revisione dei processi già mappati o da mappare nell'ottica dell'attività di antiriciclaggio unitamente all'adozione di apposite griglie di controllo (*check-list*) in cui debbono

incrociarsi i processi mappati e gli indicatori di anomalia utili a rilevare eventuali circostanze sospette meritevoli di approfondimenti;

- individuare i responsabili procedimenti sui quali gravano specifici obblighi procedurali volti ad assicurare l'attuazione della normativa in materia di antiriciclaggio;
- costituzione della Struttura di supporto e coordinamento delle attività del delle Segnalazioni Antiriciclaggio e del Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- eseguire appositi audit finalizzati al monitoraggio dei controlli e delle verifiche effettuate da parte delle Strutture interessate dall'applicazione della disciplina dell'antiriciclaggio;
- attuare un percorso formativo che interessi tutti i dipendenti coinvolti nell'ambito dei processi indicati nell'art 10 comma1 del decreto legislativo del 21 novembre 2007 n.231 secondo quanto previsto nel Piano Formativo Aziendale 2023.

In ordine ai rischi in materia di antiriciclaggio si ritiene che gli stessi sia identificabili nell'ambito delle aree di cui all'articolo 10, comma 1 lett. a); b) e c) del Decreto legislativo del 21 novembre 2007 n. 231.

In particolare, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, del citato Decreto legislativo n.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. In ordine ai rischi individuati in seno a questa Azienda, come enucleati nella sottosezione dedicata alla Elencazione dei Rischi) si ritiene necessario realizzare quanto segue:

### **Descrizione FASI della "MISURA per la prevenzione della corruzione in funzione di Antiriciclaggio":**

#### **ATTIVITÀ 1**

**Fase 1:** Analisi e revisione dei processi già mappati in funzione di prevenzione della corruzione ed afferenti agli ambiti indicati dall'art. 10, comma 1 del D.lgs. n. 231/2007, di quelli idonei ad essere osservati tenendo conto anche del nuovo contesto determinato dall'attuazione degli interventi Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

**Fase 2:** Per ciascun processo individuato nella fase precedente, adozione di apposite griglie di controllo (*check-list*) utili ad evidenziare la presenza di indicatori di anomalia da parte dei Responsabili dei procedimenti. Tali griglie devono proporre- in conformità a quanto previsto dal Regolamento di cui alla deliberazione del Direttore Generale n.459 del 13 settembre 2019- una serie di item da verificare, in esito alle quali si potrà decidere se sussistono le condizioni per approfondire la situazione per circostanze sospette, oppure ci si trovi in una situazione di presunta regolarità.



## **ATTIVITÀ 2**

**Fase 1:** Individuazione, per ciascuna attività mappata, di un Responsabile del procedimento che dovrà segnalare, per il tramite Dirigente Responsabile dell'Ufficio o al Referente Aziendale della struttura aziendale competente in cui opera, le attività caratterizzate da fondato sospetto di operazione di riciclaggio per il successivo inoltramento delle Segnalazioni Antiriciclaggio.

In particolare è fatto obbligo ai singoli Responsabili dei procedimenti identificati anche ai fini della disciplina sull'antiriciclaggio, 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 "Gestore", 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).A tal riguardo si fa presente che 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 una *"attività esplorative volte alla ricerca di operazioni sospette al di fuori del perimetro delle attività proprie di ciascun ufficio pubblico"*; 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"* . .

Le analisi antiriciclaggio da parte dei Responsabili del procedimento 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" 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"* .

Tanto precisato è da dire che una particolare attenzione, oltre per i controlli tempestivi ed efficaci sulla c.d. documentazione antimafia, dovrà essere posta negli accertamenti del c.d. "titolare effettivo" 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.

Tra l'altro, nelle Linee Guida del Ministero dell'Economia e delle Finanze, relative allo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori ( come questa Azienda), annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022 sulle procedure di controllo e rendicontazione delle misure PNRR , 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 antiriciclaggio anche e soprattutto, a quanto riportato nelle stesse Linee guida del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Per questa Azienda, quindi, 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.

L'attività volta ad intercettare anomalie (quali "segnali" utili alla prevenzione del riciclaggio) nelle operazioni e nei comportamenti riferibili ai soggetti con i quali i Responsabili dei procedimenti si relazionano dovrà basarsi altresì sulla compilazione della griglia di controllo (*check-list*).

Dalla attività svolta dovrà emergere con chiarezza:

- Struttura Aziendale,
- Procedimento;
- Responsabile del procedimento;
- Responsabile della Struttura;
- Descrizione e identificazione dei Soggetti ai quali le operazioni sono riferite.

Nell'attività si dovrà fare riferimento agli indicatori di anomalia prescelti e connessi:

- con l'identità o il comportamento del soggetto cui è riferita l'operazione (Allegato 1 – parte A alla direttiva prot. n.105/Prev.Corr.);
- con le modalità (di richiesta o esecuzione) delle operazioni (Allegato 1 – parte B alla direttiva prot. n.105/Prev.Corr.);
- con il settore specifico di attività (Settore appalti e contratti pubblici, Settore immobili e commercio (Allegato 1 – parte C alla direttiva prot.n.105/Prev.Corr.).

Ad esito positivo della compilazione della griglia di controllo (*check list*) il Responsabile del procedimento raccoglierà tutte le informazioni e i documenti già disponibili nel fascicolo e compilerà l'apposito modello di comunicazione interna ("Allegato 2" al Regolamento adottato con delibera n.459 del 13/09/2019) che rappresenti sinteticamente le informazioni utili agli ulteriori controlli.

Detta comunicazione, corredata da tutta la documentazione, dovrà essere consegnata al Dirigente Responsabile dell'Ufficio o al Referente Aziendale della struttura aziendale competente in cui opera che procederà, nel caso di fondato sospetto di operazioni di riciclaggio ,al successivo inoltrare al competente delle Segnalazioni Antiriciclaggio apposita segnalazione secondo le modalità descritte nel Regolamento adottato con delibera n.459 del 13/09/2019 ,incaricato di effettuare i necessari approfondimenti ed autorizzato per l'invio alla UIF.

Per quei procedimenti oggetto di controllo sarà compito di ciascun Dirigente di Struttura/Referente aziendale:

- conservare negli archivi della Struttura Aziendale tutti gli atti di verifica e controllo realizzati (apposite griglie di controllo - *check list*; modelli di comunicazione interna da esibire in caso di verifiche anche a campione o a seguito dei controlli richiesti dai Soggetti competenti);
- trasmettere un report riepilogativo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, entro il 30 novembre di ciascun anno, al fine di attestare la regolarità amministrativa delle attività di controllo e di verifica svolte nel corso dell'anno in materia di antiriciclaggio nell'Ambito della Struttura aziendale di appartenenza.

### **ATTIVITÀ 3**

**Fase 1:** supporto e coordinamento delle attività del delle Segnalazioni Antiriciclaggio e del Responsabile della Prevenzione della Corruzione;

### **ATTIVITÀ 4**

**Fase 1:** Verifiche e controlli. Ciascuna Struttura aziendale, per il tramite del Responsabile del procedimento individuato, dovrà dare atto, con idonea documentazione, delle verifiche effettuate ai fini della prevenzione di fenomeno di riciclaggio e di terrorismo secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 21 novembre 2007 n.231. L'esame interesserà almeno due dei procedimenti mappati per il rischio di riciclaggio.

Con riferimento specifico all'attuazione di progetti rientranti nell'ambito delle misure del PNRR, di cui l'Azienda ha diretta gestione e responsabilità, come previsto dagli Allegati alle Circolari MEF-RGS n. 21 del 14 ottobre 2021 e n. 9 del 10 febbraio 2022, si dovrà dare atto dell'adozione di misure di prevenzione e contrasto di irregolarità gravi quali frode, conflitto di interessi, doppio finanziamento nonché verifiche dei dati previsti dalla normativa antiriciclaggio ("titolare effettivo").

In particolare la Struttura titolare della realizzazione del progetto, per il tramite del Responsabile del procedimento, dovrà dare atto dell'applicazione della normativa nazionale vigente e/o della regolamentazione interna secondo quanto imposto dalle specifiche Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori.

### **ATTIVITÀ 5**

**Fase 1:** Processo formativo rivolto a tutti i dipendenti coinvolti nell'ambito dei processi sensibili.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

## MISURA n. 26 implementazione obblighi di Trasparenza

Implementazione obblighi di pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed e Enti Pubblici e Privati - Delibera ANAC 468 del 16.06.2021;

Implementazione obblighi di pubblicazione in materia di Contratti secondo le indicazioni dell'Autorità PNA 2022.

### 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, come individuati dall'Autorità con Delibera ANAC 468 /2021e nel PNA 2022 con riferimento all'Area Contratti e gestione dei finanziamenti pubblici.

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/ contratti.
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.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

## MISURA n. 27 Implementazione attività di controllo e verifica sulle società e gli enti di diritto privato in controllo pubblico di cui all'art. 2-bis, co. 2, lett. b) e c), D.lgs. 33/2013 per prevenire i Rischi derivanti dai processi di privatizzazione ed esternalizzazione di funzioni, attività strumentali e servizi pubblici

La costituzione di enti di diritto privato (società, associazioni, fondazioni) partecipate o controllate da pubbliche amministrazioni è un fenomeno molto esteso, che negli ultimi tempi è stato oggetto di attenzione da parte del legislatore, sia sotto il profilo della moltiplicazione della spesa pubblica (spending review), sia sotto il profilo dell'inefficienza della gestione. Il fenomeno comprende la costituzione di soggetti o totalmente partecipati dall'amministrazione, ovvero controllati per via di una partecipazione maggioritaria al capitale sociale, ovvero solo partecipati in via minoritaria.

A tali soggetti vengono sempre più spesso affidate, con procedure diverse, che vanno dall'affidamento diretto, anche previa procedura comparativa per la scelta del socio privato, fino all'affidamento in applicazione del codice dei contratti pubblici, attività di pubblico interesse, che possono consistere:

- a) nello svolgimento di vere e proprie funzioni pubbliche;
- b) nell'erogazione, a favore dell'amministrazione affidante, di attività strumentali;
- c) nell'erogazione, a favore delle collettività di cittadini, di servizi pubblici.

Le Linee guida ANAC approvate con determinazione n. 134/2017, cui si rinvia per indicazioni di dettaglio indicano le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza che le società e gli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni sono tenuti ad attuare successivamente all'entrata in vigore del decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97.

Con riguardo a detti soggetti l'Autorità ha già avuto modo di svolgere le prime attività di vigilanza, in particolare sulla Trasparenza, a fronte di segnalazioni ricevute.

Le società e gli enti di diritto privato in controllo pubblico di cui all'art. 2-bis, co. 2, lett. b) e c), D.lgs. 33/2013, sono tenuti:

- ad adottare il documento unitario che individua le misure del "modello 231" e le misure integrative di prevenzione della corruzione, comprensivo della sezione dedicata alla trasparenza;
- a nominare un Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- ad applicare gli obblighi di trasparenza di cui al D.lgs. 33/2013, con i limiti della compatibilità;
- a dotarsi di una disciplina interna per il riscontro delle istanze di accesso generalizzato;
- a provvedere alla delimitazione delle attività di pubblico interesse negli enti di diritto privato partecipati.

L'art. 2 bis, co 2, lett. b), del D.lgs. 33/2013 rinvia, per la definizione di società a controllo pubblico, al D.lgs. n. 175 del 2016 che, all'art. 2, co. 1, lett. m), qualifica come "società a controllo pubblico": «le società in cui una o più amministrazioni pubbliche esercitano poteri di controllo ai sensi della lettera b)».

La lettera b) dello stesso comma definisce come "controllo": la situazione descritta nell'articolo 2359 del codice civile.

Il controllo può sussistere anche quando, in applicazione di norme di legge o statutarie o di patti parasociali, per le decisioni finanziarie e gestionali strategiche relative all'attività sociale, è richiesto il consenso unanime di tutte le parti che condividono il controllo.

Inoltre, come precisato nell'orientamento del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 15 febbraio 2018, «rientra nella nozione di controllo di cui all'art. 2, comma 1, lett. b) del Tusp, anche il controllo indiretto e, cioè, quello esercitato tramite una società controllata o soggetto diverso» (Delibera ANAC numero 290 del 01 marzo 2018).

Altresì, le società a partecipazione pubblica non di controllo di cui all'art. 2-bis, co. 3, primo periodo, D.lgs. 33/2013, in relazione alle attività di pubblico interesse svolte, sono tenute ad assicurare il rispetto degli obblighi di pubblicazione e accesso civico "semplice" e ad assicurare l'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato nei confronti di attività di pubblico interesse, con riferimento a dati e documenti non già pubblicati sul sito della società.

Le amministrazioni controllanti, partecipanti o vigilanti devono adeguarsi alle indicazioni contenute nella determinazione ANAC n. 1134/2017 alla luce dei compiti di vigilanza e di impulso ad esse attribuiti.

Nella prospettiva della prevenzione della corruzione, pertanto, l'Anac indica alle amministrazioni pubbliche, titolari di partecipazioni, soprattutto di controllo, in enti di diritto privato, ivi comprese quindi le associazioni e le fondazioni, una serie di misure, coerenti con il processo di revisione delle partecipazioni avviato con il testo unico di attuazione dell'art. 18 della l. 124/2015, ma mirate in modo specifico alla maggiore imparzialità e alla trasparenza, con particolare riguardo per le attività di pubblico interesse affidate agli enti partecipati.

È opportuno pertanto:

- considerare i profili della prevenzione della corruzione tra quelli da tenere in conto nei piani di riassetto e razionalizzazione delle partecipazioni. In questa prospettiva le amministrazioni valutano se la forma privatistica sia adeguata alla garanzia dell'imparzialità e della trasparenza delle funzioni affidate, considerando, a tal fine, ipotesi di "reinternalizzazione" dei compiti affidati;
- vigilare perché siano affidate agli enti privati partecipati le sole attività strumentali più "lontane" dal diretto svolgimento di funzioni amministrative. (Ad esempio, se possono essere utilmente esternalizzate attività di manutenzione o di pulizia);
- individuare il socio privato con procedure concorrenziali, vigilando attentamente sul possesso, da parte dei privati concorrenti, di requisiti non solo economici e professionali, ma anche di quelli attinenti la moralità e onorabilità;
- sottoporre gli enti partecipati a più stringenti e frequenti controlli sugli assetti societari e sullo svolgimento delle attività di pubblico interesse affidate. In particolare, occorre avere riguardo alle

procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, alle procedure di espropriazione di pubblico interesse, all'erogazione di servizi di interesse generale e di interesse economico generale;

- promuovere negli statuti di questi enti, la separazione, anche dal punto di vista organizzativo, di tali attività da quelle svolte in regime di concorrenza e di mercato e il criterio della separazione contabile tra le due tipologie di attività;
- svolgere adeguati controlli;
- promuovere l'introduzione negli enti di diritto privato a controllo pubblico (così come definiti dal testo unico attuativo dell'art. 18 della l. 124/2015), quanto alla disciplina del personale, di regole che avvicinino tale personale a quello delle pubbliche amministrazioni, ai fini della garanzia dell'imparzialità e l'applicazione a questo personale delle regole sulla trasparenza secondo quanto previsto dal d.lgs. 33/2013;
- promuovere, infine, l'applicazione al personale degli enti a controllo pubblico dei codici di comportamento, vigilando anche sugli effetti giuridici, in termini di responsabilità disciplinare, della violazione dei doveri previsti nei codici, in piena analogia con quanto è disposto per il personale delle pubbliche amministrazioni.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

#### **MISURA n. 28 Implementazione inerenti le attività di vigilanza sui soggetti del terzo settore e cooperative sociali**

L'RPC aziendale, con nota prot. n. 64/Prev/Corr del 11.04.2018 ha coinvolto i Referenti aziendali interessati a voler verificare l'avvenuta applicazione delle previsioni normative riguardanti le attività da porre in essere preventivamente e durante il corso dell'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali, in adesione alle linee guida ANAC, di cui alla Delibera n.32 del 20/01/2016.

Quanto sopra atteso che l'autorità esercita il potere di vigilanza anche in merito alle suddette tipologie di affidamento come da comunicato ANAC del 08/05/2017.

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

#### **MISURA n. 29 per contrastare il rischio di frode, corruzione, di illecito e doppio finanziamento che ostacolano il principio della sana gestione finanziaria - Richiesta potenziamento delle misure dei controlli e delle misure per prevenire e contrastare i conflitti di interesse.**

Nell'ambito delle attività assegnate dalla Direzione Generale in seno al Funzionigramma ed Organigramma Aziendale PNRR di cui alla nota prot. ASP 303253/2000 del 20/10/2022, con nota prev. corr. prot. n. 91 del 17 Novembre 2022 l'RPC ha chiesto ai Referenti aziendali di procedere:

- alla mappatura dei processi/procedimenti ed attività e contestuale valutazione del Rischio *Conflitto d'interessi* ai sensi di quanto previsto dall'art. Articolo 61 del Regolamento finanziario e del rischio di frode, corruzione, di illecito e doppio finanziamento che ostacolano il principio della sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato dal Regolamento finanziario Ue, Euratom 2018/1046 e dall'art. 22 del regolamento Ue 2021/241.
- di vigilare sulla corretta applicazione delle misure previste dal vigente PTPC per prevenire Conflitto d'interesse .
- di potenziare la misura dei controlli ai sensi dell' Art. 9 del decreto legge 31 maggio 2021 n.77 rubricato (Attuazione degli interventi del PNRR) e dell' articolo 22 del REGOLAMENTO (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 a tutela del rispetto del "divieto del

*doppio finanziamento* "Articolo 191 del Regolamento Finanziario Europeo e del principio *della sana gestione finanziaria*.

- di individuare eventuali ulteriori misure in sede di mappatura dei processi entro il termine 1/12/2022.

La suddetta attività di mappatura è propedeutica per garantire che nell'ambito di ciascuna azione amministrativa, contabile, di verifica e di controllo svolta dai soggetti coinvolti, in conformità alle previsioni normative, si realizzi l'individuazione, la previsione e l'attuazione di tutte le misure possibili volte a garantire **il principio della sana gestione finanziaria** secondo quanto disciplinato dal Regolamento finanziario Ue, Euratom 2018/1046 e dall'art. 22 del regolamento Ue 2021/241.

Tale mappatura dovrà essere realizzata avvalendosi della metodologia fornita dall'ANAC di cui all'Allegato 1 del PNA2019.

Quanto sopra appare necessario atteso che, già sin dal momento della partecipazione ai bandi per l'utilizzo dei fondi e dei finanziamenti, L'Azienda n.q. di Soggetto Attuatore deve dichiarare di adottare le misure necessarie a prevenire, individuare e correggere le irregolarità, le frodi, i conflitti di interesse e a evitare il rischio di doppio finanziamento pubblico degli interventi, nonché attivare misure correttive volte a ripristinare la legittimità dell'azione amministrativa e delle spese riferibili all'attuazione dei progetti.

#### **La misura prevede le seguenti verifiche in ordine:**

- *se sono state previste ed attuate strategie di verifiche trasversali a più livelli in ordine ai dovuti controlli ordinari di legalità, di gestione e dei controlli amministrativo-contabili previsti dalla legislazione applicabile;*
- *alla tipologia e qualità e varietà dei controlli, sia la trasversalità delle verifiche affidata a più soggetti ed a diversi livelli, mediante anche l'intervento del Collegio Sindacale aziendale, ha garantito con ragionevole sicurezza l'efficacia, l'efficienza e l'economia delle operazioni, l'affidabilità delle relazioni, la prevenzione, l'individuazione e la rettifica di frodi e irregolarità nonché l'adeguata gestione dei rischi connessi alla legittimità e alla regolarità delle operazioni sottostanti nonché il **principio della sana gestione finanziaria**.*
- *se sono state attuate tutte le misure previste nel vigente PTPC per prevenire e contrastare i Conflitti di interesse in ossequio all'art. 61 del Regolamento;*
- Nell'ambito delle competenti attività svolte è stato assicurato:
- l'Osservanza dei Patti di Integrità;
- l'Osservanza del Divieto di Pantouflage;
- Il rispetto del termine procedimentale previsto;
- la conformità delle procedure ed attività poste in essere ai dispositivi di legge europea e comunque applicabili;
- la conformità degli atti e documenti contabili ed amministrativi o di controllo, adottati alle specifiche fonti normative di riferimento ed allo specifico intervento/progetto.
- *il rispetto del principio della sana gestione finanziaria e, in particolare, dei principi di economia, efficienza e divieto di doppio finanziamento.*(Art. 191 del Regolamento Finanziario Europeo rubricato "*Principio del divieto di cumulo e divieto del doppio finanziamento*").
- L'attuazione delle tipologie dei controlli richiesti dalla legge mediante l'indicazione *delle seguenti informazioni:*
  - *attività di finanziamento (amministrativo-contabili) eseguite*
  - *attività dei controlli realizzati e conclusi (al fine di verificare se le attività di verifiche e controlli sono pari al 100% delle attività, di finanziamento (amministrativo-contabili) eseguite;*
  - *l'indicazione del riferimento normativo che regola l'attività di controllo nonché la tipologia di controllo eseguito.*
  - *di attività di verifiche e controlli ove sono stati individuati le frodi e irregolarità, conflitti di interesse con adeguata descrizione della tipologia di irregolarità o frode rilevata e le conseguenti azioni correttive poste in essere.*

In ordine alle modalità di applicazione della presente misura si rimanda al vigente PTPCT.  
[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?goto=3](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?goto=3)

## 6) II MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE

La gestione del rischio si completa con la azione di monitoraggio di primo e secondo livello.

La prima è posta in essere dai Dirigenti Responsabili n.q. di Referenti delle Strutture dell'ASP Palermo, per le aree di rispettiva competenza.

La seconda è svolta dall'RPC e si configura pertanto, quale azione di feedback con il Referente di ciascuna struttura aziendale.

Il Referente, in quanto competente, è a conoscenza dei rischi corruttivi generali e specifici connessi ai processi ed attività svolte o da svolgersi e conseguentemente è il soggetto più idoneo a verificare la idoneità delle misure adottate in Azienda e a proporre l'eventuale potenziamento delle medesime ovvero l'individuazione di nuove misure soprattutto in circostanza del verificarsi di eventuali episodi di illeciti o fatti corruttivi.

Il monitoraggio è finalizzato alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione e delle misure adottate per una successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, sono motivati al Responsabile della Prevenzione da parte dei Responsabili delle strutture interessate e comunicati al Direttore Generale, All'Ufficio del controllo Strategico e all'OIV per gli adempimenti consequenziali volti a verificare la misurazione e il raggiungimento degli obiettivi collegati alla performance.

Il monitoraggio avviene mediante la compilazione da parte delle strutture interessate di schede periodiche, di check list che danno atto delle misure adottate, dei risultati attesi ed ottenuti e in caso di scostamento delle relative cause.

Lo scostamento ingiustificato dal risultato atteso è oggetto di valutazione sotto il profilo della responsabilità disciplinare e/o dirigenziale, oltre che ai fini della performance secondo le vigenti procedure di riferimento.

L'attività di monitoraggio, per tutte le Aree, è oggetto di apposito flusso informativo con cadenza periodica da parte dei dirigenti, per il tramite dei Referenti Aziendali individuati, verso il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione il quale in ogni caso potrà, richiedere ai Referenti di effettuare anche ulteriori verifiche a campione.

Entro il termine annuale come individuato nel vigente PTPC, l'RPC garantisce la attività di monitoraggio.

Con note prev corr n.54 del 15/09/2022 e n. 68 del 21/10/2022 è stato chiesto Ai Referenti Aziendali un report attestante gli esiti dei monitoraggi di 1° livello realizzati al fine di verificare l'efficacia delle misure programmate ed adottate in sede di mappatura dei processi presso ciascuna Struttura aziendale.

Da una prima analisi sono emerse le seguenti criticità:

- il mancato rispetto dei termini procedurali a causa di carenza di personale: (Dipartimento Risorse Umane (U.O.C. Trattamento economico e previdenziale; U.O.C. Cure Primarie; Dipartimento di Prevenzione- Ufficio Legale (Contenzioso del Lavoro);
- la mancata regolamentazione di una procedura che possa individuare i criteri di rotazione dei RUP: Area Contratti –U.O.C. Progettazione e Manutenzione.

Negli ultimi anni, a seguito di indagini condotte dalla Guardia di Finanza nell'ambito degli appalti gestiti da questa Azienda, sono emersi fatti di rilevante gravità che interessano certamente tanto il sistema dell'anticorruzione che dell'antiriciclaggio. Ciò ha imposto di attivare misure di mitigazione del rischio di riciclaggio ulteriori rispetto a quanto già previste con la Misura 25 del PTPC 2022-2024.



### 2.3.5 Le misure organizzative in materia di Trasparenza e il monitoraggio.

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.

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 D. Lgs. 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 aziendale<sup>6</sup> 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 Palermo<sup>7</sup> 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:

---

<sup>6</sup> 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

<sup>7</sup> 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>

- ❖ 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;

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:

<b>Distretto Ospedaliero PA 1</b>	P.O. "Civico" di Partinico e P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
<b>Distretto Ospedaliero PA 2</b>	P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese e P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana
<b>Distretto Ospedaliero PA 3</b>	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:

<b>Strutture ospedaliere</b>	<b>CLASSIFICAZIONE</b>
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)*

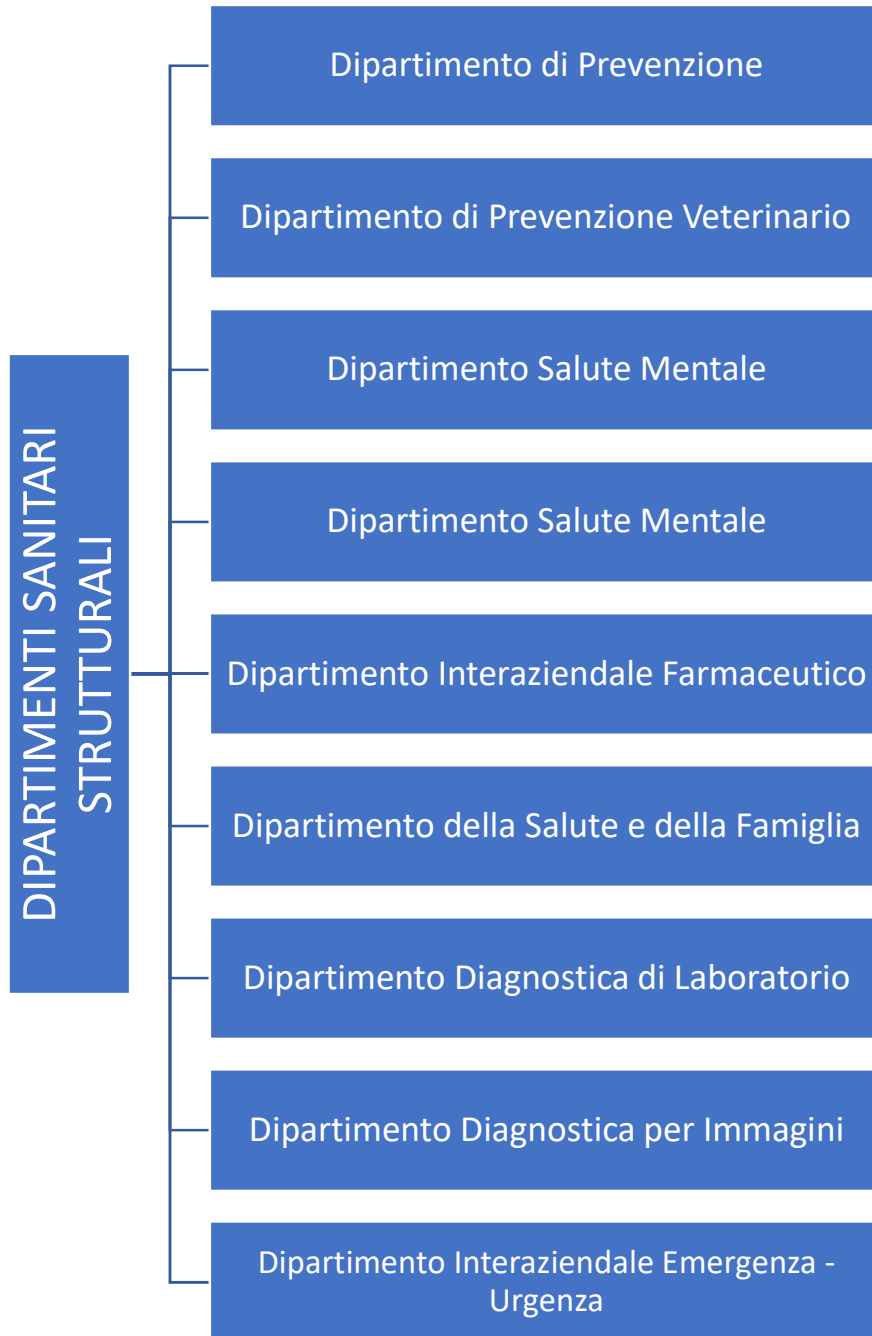
Di seguito si riportano gli **ORGANIGRAMMI DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO**  
**L'organigramma complessivo dell'ASP di Palermo**

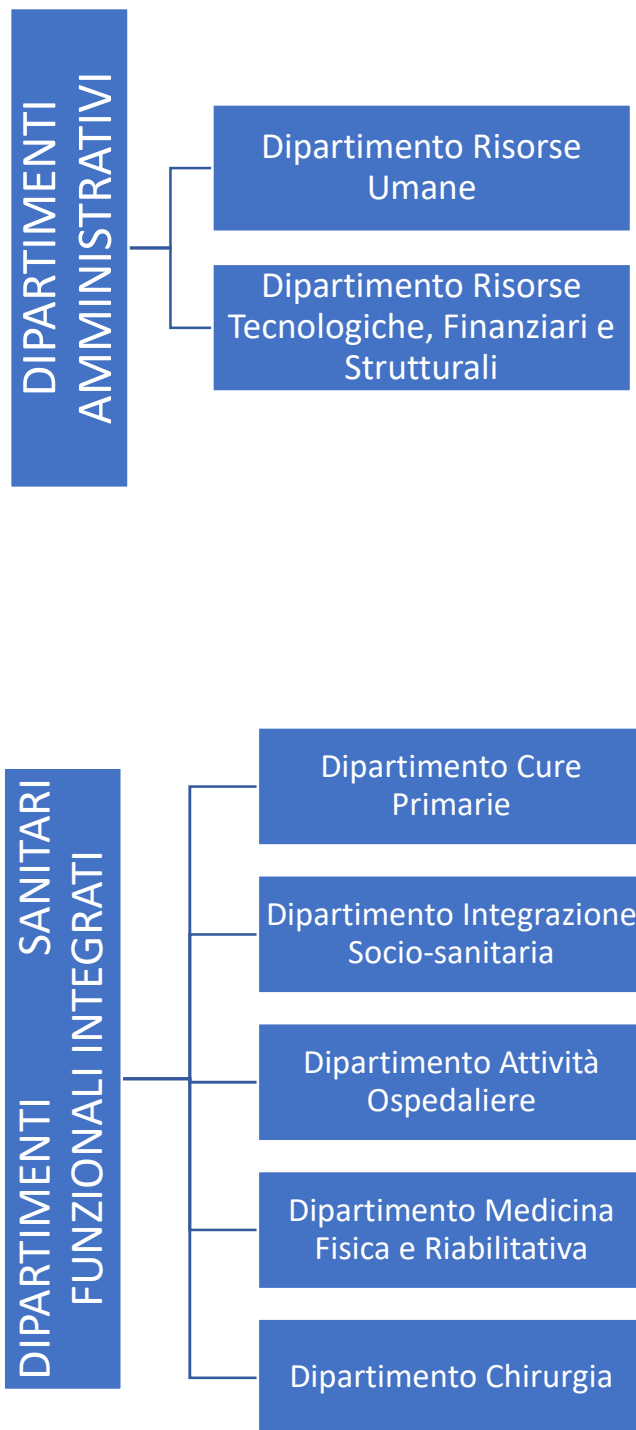


**UU.OO. IN STAFF ALLA DIREZIONE AZIENDALE**



## 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, nonché 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'adozione 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
<b>Giornate</b>	39	112	1241	756	<b>2148</b>	10	37	513	241	<b>801</b>	49	149	1754	997	<b>2949</b>
<b>Dipendenti</b>	5	10	191	147	<b>217</b>	2	6	77	52	<b>83</b>	7	16	268	199	<b>300</b>

Nel successivo prospetto viene evidenziata la suddivisione del personale in 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
<b>Totale complessivo</b>	<b>217</b>	<b>83</b>	<b>300</b>

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 erano state emanate nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al triennio 2019-21 ora sottoscritto anche per il Comparto sanità ed entrato in vigore dal 03/11/2022 del quale si ritiene opportuno richiamare di seguito le disposizioni inerenti all'accesso a tale modalità di prestazione di lavoro e sull'articolazione "oraria" della medesima.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori – siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato – con le precisazioni di cui al presente.

L'Azienda o Ente individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili.

L'Azienda o Ente nel dare accesso al lavoro agile ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Fatte salve queste ultime, e fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative tempo per tempo vigenti nonché l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire, nell'esercizio della loro attività

lavorativa, gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza, l'Azienda o Ente -) avrà cura, fermo restando quanto previsto nel periodo precedente, di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

La prestazione lavorativa in modalità agile può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

a) fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità similari. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro;

b) fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo di cui all'art. 43 comma 5 (Orario di Lavoro) a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari di cui all'art. 51 (Permessi retribuiti per motivi personali o familiari), i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea di cui all'art. 13 (Diritto di assemblea) e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti dal comma 1 per la fascia di contattabilità.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente o responsabile. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione. A tal fine, fermo restando quanto previsto dal comma 1, lett. b), negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di cui al comma 1, lett. a) non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o Ente.

## 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  $\geq 4$  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

Secondo quanto previsto dall'articolo 78 del nuovo CCNL l'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova. Ai sensi degli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017, esso disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda e Ente, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore che di norma vengono forniti dall'amministrazione. L'accordo deve inoltre contenere almeno i seguenti elementi essenziali:

- a) durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- b) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- c) modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
- d) ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- e) indicazione della fascia di cui all'art. 79 comma 1, lett. a) (Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione);
- f) i tempi di riposo del lavoratore che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- g) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- h) l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato.

### 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

\_\_\_\_\_ li,

Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_

### 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE<sup>8</sup>

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 rinviando 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.

---

<sup>8</sup> 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](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	<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>									
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	<b>TOTALE DIRIGENTE</b>	<b>10</b>	<b>1.133</b>	<b>110.886.203</b>	<b>260</b>	<b>1.395</b>	<b>136.129.074</b>	<b>336</b>	<b>1.724</b>	<b>167.506.701</b>
9	<b>PERSONALE COMPARTO</b>									
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	<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>205</b>	<b>2.853</b>	<b>115.498.263</b>	<b>369</b>	<b>3.222</b>	<b>129.990.767</b>	<b>648</b>	<b>3.880</b>	<b>156.739.227</b>
17	<b>TOTALE FABBISOGNO PERSONALE 2021</b>	<b>215</b>	<b>3.986</b>	<b>226.384.466</b>	<b>629</b>	<b>4.617</b>	<b>266.119.841</b>	<b>984</b>	<b>5.604</b>	<b>324.245.929</b>

**3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale a dicembre dell'anno 2021**

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-sanitario		Collaboratore professionale sanitario	Tecnico della riabilitazione psichiatrica	43			
					Dietista	10			
			Tecnico audiometrista		2				
			Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare		2				
			Tecnico di neurofisiopatologia		7				
			Tecnico ortopedico		2				
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 2023**

Si mettono in rilievo in particolare alcuni punti di adeguata congruenza tra i corsi programmati nel piano formativo aziendale approvato con delibera n. 1939 del 15-12-2022.

#### **Obiettivo 1 : screening**

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

#### **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

##### **Punto 2.1** Sicurezza dei pazienti

Corsi ecm id 8564 Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie e socio sanitarie

##### **Punto 2.2** Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza

Corso ecm id 8202 La Comunicazione in Hospice - Cure Palliative

##### **Punto 3.2** Fragilità

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

Per maggiori informazioni si rinvia alla delibera num. 1939 del 15-12-2022 avente per oggetto "Adozione Piano di Formazione Aziendale anno 2023"

[http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo\\_list.php?qs=FORMAZIONE](http://trasparenza.asppalermo.org/albo/albo_list.php?qs=FORMAZIONE)

## 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](http://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	
<b>SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b>		
1.1 Chi Siamo	Direttore UOC COORDINAMENTO STAFF STRATEGICO Dott. F. Monterosso	
1.2 Come Operiamo		
1.3 Cosa Facciamo		
1.4 L'Amministrazione in cifre	Direttore UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE Dott. S. Bellomo	
<b>SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b>		
2.1 Valore Pubblico	UOC COORDINAMENTO STAFF STRATEGICO	
2.1.1 Mandato Istituzionale e Missione	Dott.ssa T. Di Falco	
2.1.2 Profilo di Salute	Dr. C. Gambino	
2.1.3 L'Analisi del Contesto Interno ed Esterno	Dr.ssa M.A. Aragona	
2.1.4 L'Analisi Swot		
2.1.5 L'albero delle priorità strategiche		
2.1.6 La Transizione Digitale	UOC GESTIONE INFORMATICA AZIENDALE Ing. Stefano Serra Ing. Giovanni Frisco	
2.1.7 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		
<b>SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b>		
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 2021	UOC TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZIALE DELLE RISORSE UMANE Dott.ssa P. Tedesco	
3.3.2 Formazione del personale	Direttore UOC COORDINAMENTO STAFF STRATEGICO Dott. F. Monterosso	
<b>SEZIONE 4: GOVERNANCE E MONITORAGGIO</b>		
4.1 Governance del PIAO	Direttore UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE Dott. S. Bellomo	
4.2 Monitoraggio del PIAO		

# All. 1 del PIAO 2023/2025

## ASP di PALERMO



# Profilo di Salute

## Allegato n. 1 al Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

**Dati e analisi tratti dal Piano Aziendale di Prevenzione 2022-2025**

*(Delibera N.01946 del 15/12/2022)*

<https://www.asppalermo.org/pagina.asp?ID=462>



## INDICE

PROFILO DI SALUTE DEL TERRITORIO DELL'ASP DI PALERMO .....	6
PREMESSA .....	6
ASP DI PALERMO E CONFRONTO CON ALCUNI DATI REGIONALI .....	7
Profilo demografico .....	7
DATI ASP PA SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA.....	8
DATI EPIDEMIOLOGICI AREA SALUTE MENTALE* .....	9
Salute Mentale Adulti .....	9
Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA).....	9
Dipendenze Patologiche .....	10
Dati Ricerca-Azione Progetto Stop-phone: per un corretto, consapevole e intelligente utilizzo dei telefonini e device .....	11
Dati dei comportamenti a rischio rilevati nei 6 sotto-targhet progettuali* .....	12
PROFILO DI SALUTE DEI DISTRETTI SANITARI .....	15
DISTRETTO 33 - CEFALÚ .....	15
DOMANDA E OFFERTA SOCIALE .....	15
Area povertà .....	15
Area anziani .....	15
Area dipendenze .....	16
Area disabili .....	16
Area immigrati .....	16
Area minori famiglia .....	16
Le azioni del Piano di Zona 2019/2020 .....	16
ANALISI CODICI ESENZIONE (CE) .....	17
I SERVIZI DEL TERRITORIO E LA PROIEZIONE CON IL PNRR.....	18
Le strutture dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	18
ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE .....	19
DISTRETTO 34 - CARINI .....	20
DOMANDA E OFFERTA SOCIALE .....	21
Area povertà .....	21
Area anziani .....	21
Area Dipendenze .....	21
Area disabili .....	21
Area immigrati .....	21
Area minori famiglia .....	21
Le azioni del Piano di Zona 2019/2020 .....	22
ANALISI CODICI ESENZIONE (CE) .....	23
I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR .....	23
Le strutture dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	24
ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE .....	25
DISTRETTO 35 – PETRALIA SOTTANA.....	31

IL DISTRETTO.....	31
DOMANDA E OFFERTA SOCIALE.....	31
Area povertà .....	31
Area anziani .....	31
Area dipendenze .....	32
Area disabili .....	32
Area immigrati .....	32
Area minori famiglia .....	32
Le azioni del Piano di Zona 2019/2020 .....	32
ANALISI CODICI ESENZIONE (CE) .....	34
I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR .....	34
Le strutture dell’offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	35
ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE .....	36
3.1 FOCUS COMUNE DI ALIMENA .....	39
Il territorio .....	39
Domanda e offerta di specialistica ambulatoriale.....	39
Mobilità branche a visita .....	39
<b>DISTRETTO 36 - MISILMERI.....</b>	<b>41</b>
IL DISTRETTO.....	41
DOMANDA E OFFERTA SOCIALE.....	41
Area disabili .....	41
Area immigrati .....	41
Area minori e famiglia.....	42
Le azioni del Piano di Zona 2019/2020 .....	42
ANALISI CODICI ESENZIONE (CE) .....	42
I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR .....	43
Le strutture dell’offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	43
ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE .....	44
4.1 FOCUS COMUNE DI VILLAFRATI.....	47
Il territorio .....	47
Domanda e offerta di specialistica ambulatoriale.....	47
Mobilità branche a visita .....	47
4.2 FOCUS COMUNE DI VENTIMIGLIA DI SICILIA.....	49
Il territorio .....	49
Domanda e offerta di specialistica ambulatoriale.....	49
Mobilità branche a visita .....	49
<b>DISTRETTO 37 – TERMINI IMERESE .....</b>	<b>51</b>
IL DISTRETTO.....	51
Area povertà .....	51
Area anziani .....	51
Area dipendenze .....	51

Area disabili .....	52
Area immigrati .....	52
Area minori famiglia .....	52
Le azioni del Piano di Zona 2019/2020 .....	52
ANALISI CODICI ESENZIONE (CE) .....	53
I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR .....	54
Le strutture dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	54
ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE .....	55
5.1 FOCUS COMUNE DI MONTEMAGGIORE BELSITO .....	57
Il territorio .....	57
Domanda e offerta di specialistica ambulatoriale.....	57
Mobilità branche a visita .....	58
DISTRETTO 38 – LERCARA FRIDDI .....	60
IL DISTRETTO.....	60
DOMANDA E OFFERTA SOCIALE.....	60
Le azioni del Piano di Zona 2019/2020 .....	60
ANALISI CODICI ESENZIONE (CE) .....	61
I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR .....	62
Le strutture dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	63
ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE .....	64
6.1 FOCUS COMUNE DI VICARI .....	66
Il territorio .....	66
Domanda e offerta di specialistica ambulatoriale.....	66
Mobilità branche a visita .....	66
DISTRETTO 39 - BAGHERIA .....	68
IL DISTRETTO.....	68
ANALISI CODICI ESENZIONE (CE) .....	68
I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR .....	69
Le strutture dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	70
ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE .....	71
DISTRETTO 40 - CORLEONE.....	74
IL DISTRETTO.....	74
DOMANDA E OFFERTA SOCIALE.....	74
Le azioni del Piano di Zona 2019/2020 .....	74
ANALISI CODICI ESENZIONE (CE) .....	75
I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR .....	76
Le strutture dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	77
ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE .....	77
8.1 FOCUS COMUNE DI BISACQUINO .....	80
Il territorio .....	80
Domanda e offerta di specialistica ambulatoriale.....	80

Mobilità branche a visita .....	80
<b>DISTRETTO 41 - PARTINICO .....</b>	<b>82</b>
IL DISTRETTO.....	82
DOMANDA E OFFERTA SOCIALE.....	82
Area povertà .....	82
Area anziani .....	82
Area dipendenze .....	83
Area disabili .....	83
Area immigrati .....	83
Area minori famiglia .....	83
Le azioni del Piano di Zona 2019/2020 .....	83
ANALISI CODICI ESENZIONE (CE) .....	84
I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR .....	85
Le strutture dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	85
ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE .....	87
9.1 FOCUS COMUNE DI CAMPOREALE.....	89
Il territorio .....	89
Domanda e offerta di specialistica ambulatoriale.....	89
Mobilità branche a visita .....	89
<b>DISTRETTO 42 - PALERMO .....</b>	<b>91</b>
IL DISTRETTO.....	91
DOMANDA E OFFERTA SOCIALE.....	91
Area povertà .....	91
Area anziani .....	91
Area dipendenze .....	92
Area disabili .....	92
Area immigrati .....	92
Area minori famiglia .....	92
Le azioni del Piano di Zona 2019/2020 .....	92
ANALISI CODICI ESENZIONE (CE) .....	94
I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONI CON PNRR .....	94
Le strutture dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	96
ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE .....	99
10.1 FOCUS COMUNE DI MONREALE .....	100
Il territorio .....	100
Domanda e offerta di specialistica ambulatoriale.....	100
Mobilità branche a visita .....	101
10.2 FOCUS COMUNE DI LAMPEDUSA E LINOSA .....	103
Il territorio .....	103
Domanda e offerta di specialistica ambulatoriale.....	103
<b>ALCUNI DATI DISTRETTUALI A CONFRONTO .....</b>	<b>104</b>

## PROFILO DI SALUTE DEL TERRITORIO DELL'ASP DI PALERMO

### PREMESSA

Il presente Profilo di Salute è frutto di un percorso di programmazione interdipartimentale e multi professionale in continuità con la pianificazione strategica nell'ambito della Prevenzione e della Promozione della Salute nella popolazione del territorio di competenza dell'ASP di Palermo secondo una logica e una metodologia che hanno visto la loro naturale sedimentazione nel Piano di Prevenzione Aziendale 2022-2025 approvato con Delibera N.01946 del 16/12/2022. Tale programmazione, pertanto, trova sintesi e integrazione con altri aspetti prioritari della pianificazione aziendale (Sistema di Accreditamento, P.N.R.R.) nella pianificazione strategica dichiarata nel PIAO aggiornato per il 2023 e, in considerazione della *Mission* specifica dell'ASP di Palermo, fornisce questo strumento di lettura dei bisogni e della offerta di Salute nel territorio di riferimento.

Bisogna considerare, *in primis*, che la pandemia da Covid 19 ha determinato la necessità di avviare un percorso di innovazione, tecnologica e organizzativa, finalizzato a rifunzionalizzare la rete di offerta sanitaria, anche attraverso una maggiore valorizzazione del territorio e utilizzando in modo strategico, efficiente e innovativo le risorse destinate all'ambito Sanitario e Socio-sanitario dal PNRR.

L' Assistenza Sanitaria Provinciale, chiaramente, rappresenta la porta d'accesso al Servizio Sanitario ed è la struttura istituzionalmente deputata alla promozione della prossimità delle cure, allo sviluppo delle attività di prevenzione e promozione della salute e della medicina d'iniziativa e predittiva. In tale contesto si propone un modello di rete inter-dipartimentale, inter-settoriale e multidisciplinare capace di supportare e presidiare la realizzazione del Piano di Prevenzione Aziendale legato agli Obiettivi di P.N.P., di P.R.P. e ad esigenze aziendali e territoriali secondo differenti livelli di complessità e reali possibilità di attuazione.

In tale contesto, bisogna tenere in considerazione la spinta della Pianificazione scaturita dal PNRR in cui il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria territoriale, nell'ottica di assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto. Anche questo Profilo di Salute, pertanto, viene definito a partire dai dati che rientrano nel vasto patrimonio informativo a disposizione dell'ASP di Palermo, i quali possono essere aggregati ed elaborati al fine di definire una lettura complessa dei bisogni di salute della popolazione nel territorio di riferimento. In aggiunta, considerata la necessità di impostare un approccio olistico volto ad assicurare la centralità del cittadino/utente (con riferimento alla dimensione sanitaria, psicologica, sociale, relazionale, etc.), il raggiungimento degli obiettivi definiti dovrà basarsi sulla stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori quale strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico della popolazione. Pertanto, dopo alcuni dati di confronto con il contesto regionale, partendo dalla lettura di quelli aziendali disponibili relativamente al periodo 2019-2020 verranno analizzati in dieci paragrafi (uno per ogni distretto dell'ASP) i profili distrettuali del territorio secondo il seguente schema:

- una prima parte introduttiva, nella quale verranno illustrate le caratteristiche relative al territorio e alla popolazione residente di ogni singolo distretto;
- un'analisi della domanda e dell'offerta sociale del distretto, che si basa sulle informazioni riportate nell'ultimo Piano di Zona disponibile di ogni distretto. Si segnala che non tutti i distretti hanno reso disponibile il loro ultimo Piano di Zona, mentre di alcuni sono disponibili solo informazioni di sintesi;
- un'analisi dei codici esenzione, evidenziando quelli relativi alle patologie con la maggiore incidenza sulla popolazione;
- una panoramica dei servizi presenti sul territorio del distretto, in base alle informazioni rilevate dal flusso CRIL;
- un'analisi delle prestazioni di assistenza domiciliare, evidenziando le caratteristiche delle prestazioni erogate (condizioni dei pazienti, tipo di prestazione, personale coinvolto, ecc.);
- focus su ognuno dei Comuni del distretto in cui è prevista la realizzazione di una Casa della Comunità (spoke o hub) e/o di un Ospedale di Comunità, in base alla normativa vigente. In questa parte verranno riportate le caratteristiche del territorio e della popolazione residente del Comune, nonché i risultati dell'analisi di domanda e offerta relativi al singolo Comune, evidenziando l'eventuale mobilità dei residenti per usufruire delle prestazioni afferenti alle varie branche.

## ASP DI PALERMO E CONFRONTO CON ALCUNI DATI REGIONALI

### PROFILO DEMOGRAFICO

Secondo i dati ISTAT, la popolazione regionale residente al 1 Gennaio 2021 risulta di 4.840.876 unità, di cui 2.353.823 uomini (48,6%) e 2.487.053 donne (51,4%). La Sicilia, con una estensione territoriale di 25.832 km<sup>2</sup>, risulta essere la regione più vasta del Paese.

L'insediamento della popolazione è di tipo accentrato specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno verso i centri più grandi.

Nei tre principali comuni della Sicilia (Palermo, Catania e Messina) si concentra quasi un quarto dell'intera popolazione regionale (1.160.564 abitanti pari al 24% del totale).

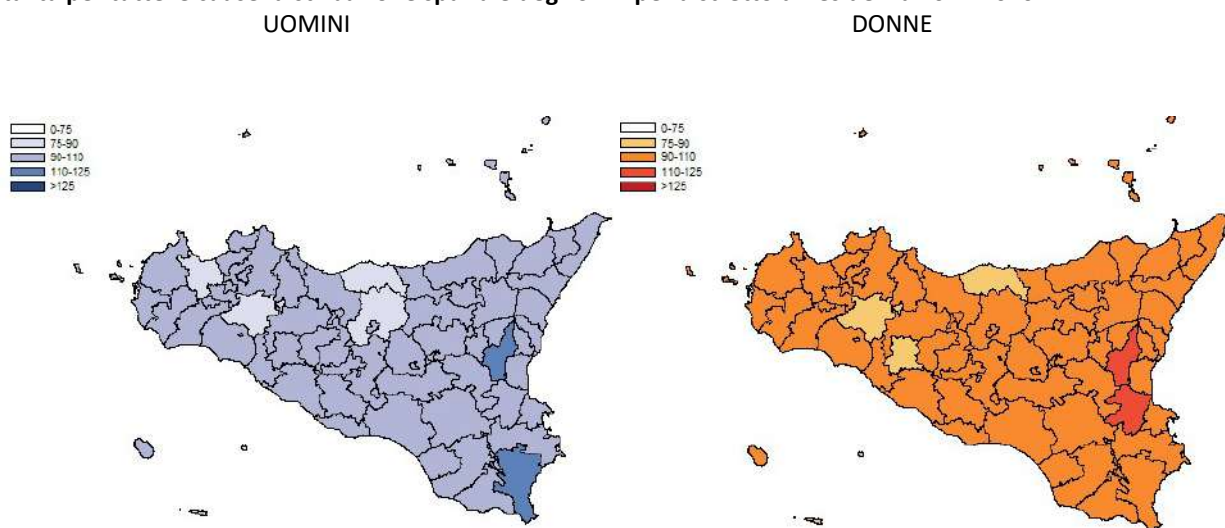
In Sicilia la mortalità per tutte le cause fa registrare una media annua di 51.323 decessi (48,8% tra gli uomini e 51,2% tra le donne).

I rapporti standardizzati di mortalità (SMR) illustrati nella tabella mostrano lievi eccessi statisticamente significativi in entrambi i sessi nelle province di Caltanissetta, Catania e Siracusa.

L'analisi condotta su base distrettuale evidenzia alcuni eccessi al di sopra dell'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti sanitari di Caltanissetta, Gela, Adrano, Catania metropolitana, Paternò, Agira, Palermo metropolitana, Lentini, Noto e Siracusa.

Tra i soli uomini si segnalano SMR più elevati nei distretti di Mussomeli e San Cataldo; mentre tra le donne nei distretti di Giarre, Palagonia e Vittoria.

### Mortalità per tutte le cause: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2012-2020



Uomini

Donne

La prevenzione oncologica nelle AA.SS.PP. della Regione può essere riassunta dalla seguente tabella:

#### Ricorso alla Diagnosi Precoce nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia. 2017-2020

Ricorso alla Diagnosi Precoce	ASP 1	ASP 2	ASP 3	ASP 4	ASP 5	ASP 6	ASP 7	ASP 8	ASP 9	Sicilia
	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	
Screening neoplasia del collo dell'utero (donne 25-64 anni)	56%	79%	72%	68%	61%	76%	74%	73%	55%	69%
Screening neoplasia della mammella (donne 50-69 anni)	44%	77%	65%	50%	51%	78%	81%	71%	54%	66%
Screening tumore del colon-retto (50-69 anni)	30%	44%	23%	21%	22%	42%	45%	38%	37%	33%
screening ricerca di sangue occulto nelle feci	27%	41%	19%	17%	15%	38%	38%	30%	35%	29%
screening colonscopia	11%	10%	11%	6%	10%	11%	16%	15%	5%	11%

Fonte: Indagine PASSI Sicilia 2017-2020

## DATI ASP PA SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Anno 2021

<b>POPOLAZIONE BERSAGLIO</b>	<b>88.883</b>
INVITI SPEDITI	88.883
MAMMOGRAFIE ESEGUITE	27.595
RICHIAMI PER APPROFONDIMENTI	950
ESAMI DI SECONDO LIVELLO	982
TUMORI BENIGNI	10
TUMORI MALIGNI	274

## DATI ASP PA SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE AL COLON

Anno 2021

<b>POPOLAZIONE BERSAGLIO</b>	<b>169.942</b>
INVITI SPEDITI	169.942
FOBT ESEGUITI	40.270
N.TEST POSITIVI	2.082
N.COLONSCOPIE	1.326
LESIONI BENIGNE INDIVIDUATE	461
TUMORI MALIGNI INDIVIDUATI	41

## DATI ASP PA SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Anno 2021

<b>POPOLAZIONE BERSAGLIO</b>	<b>89.836</b>
INVITI SPEDITI	89.836
ESAMI ESEGUITI (PAP/HPV TEST)	12.568
N.TEST POSITIVI	577
N. COLPOSCOPIE	160
LESIONI BENIGNE INDIVIDUATE	15
TUMORI MALIGNI INDIVIDUATI	27

In generale, pertanto, in merito alla mortalità nel territorio della provincia di Palermo, come nel resto della Sicilia, si evidenzia quanto segue:

la pandemia da Covid-19 ha interrotto bruscamente la crescita della speranza di vita alla nascita che aveva caratterizzato il trend fino al 2019;

la mortalità infantile, indicatore sintetico dello stato socio-sanitario di comunità, si mantiene tra i più elevati del Paese, anche se in progressiva riduzione;

la mortalità generale, come esito sfavorevole di salute, è al di sopra di quella nazionale;

le principali cause di decesso sono attribuibili alle malattie del sistema circolatorio e ai tumori;

la mortalità precoce è principalmente attribuibile ai tumori e, per il genere maschile in particolare, alle malattie del sistema circolatorio e ai traumatismi ed avvelenamenti;

il peso di alcune condizioni croniche come le malattie circolatorie (in particolare cerebrovascolari), diabete e broncopatie croniche è particolarmente rilevante e potenzialmente destinato ad un progressivo incremento in relazione all'invecchiamento della popolazione.

Oltre agli interventi relativi al contrasto dei principali fattori di rischio occorre continuare a predisporre adeguate strategie assistenziali sul territorio per la riduzione del carico di mortalità in eccesso. In tal senso la pianificazione scaturita dal PNRR, su base distrettuale e secondo un approccio di prossimità, è una prima risposta complessa a tali criticità.

## DATI EPIDEMIOLOGICI AREA SALUTE MENTALE\*

Un capitolo a parte merita l'area della Salute Mentale sia per il percorso di integrazione e forte impulso nel Piano della Prevenzione Aziendale del Dipartimento competente iniziato già nel 2016 sia per le ricadute che la pandemia da Covid-Sars19 ha avuto su questa area.

### Salute Mentale Adulti

Nell'ambito della salute mentale (con popolazione residente  $\geq 18$  anni al 31 dicembre 2020 di n. 1.001.720 persone) si rileva che i servizi dedicati ai percorsi di cura per la salute mentale adulti (CSM, CD, CTA, SPDC) hanno preso in carico complessivamente nell'anno 2021 n. 20.306 utenti così suddivisi: - nella città di Palermo n. 10.872 utenti - nella provincia di Palermo n. 9.434 utenti Oltre il 91 % degli utenti presi in carico nel 2021 hanno usufruito di un percorso ambulatoriale, circa il 3% ha beneficiato di un trattamento semiresidenziale e residenziale, mentre il 6 % è stato ricoverato presso un servizio ospedaliero psichiatrico di diagnosi e cura. Complessivamente sono stati trattati dai servizi n. 4.239 nuovi utenti assoluti, pari al 21% del totale. Nel corso dell'anno 2021 sono stati inoltre assistiti per consulenze individuali e familiari n. 6.636 utenti. Il dato complessivo sulla ripartizione per sesso rileva che per il 55% gli utenti sono di genere maschile e per il 45% di genere femminile. La suddivisione in fasce d'età vede nell'anno 2021 il 26% di over 65, circa il 23% appartenente alla fascia 55/64 anni, il 21% nella fascia 45/54 anni, il 13% nella fascia 35/44 anni. Il 15% degli assistiti sono giovani adulti nella fascia 20/34 anni, mentre circa il 2% degli utenti sono compresi nella fascia di età uguale/inferiore ai 19 anni. Un dato quest'ultimo, seppure minimo, che fa riflettere sul bisogno di salute mentale dei ragazzi/giovani che si ritrovano in una età di confine che li spinge invece a rivolgersi a servizi deputati alla salute mentale adulti. Per quanto riguarda la tipologia di diagnosi - secondo la classificazione adottata dal Ministero della Salute ICD9 CM - si rileva per macroaree che la maggior parte degli assistiti sono stati trattati per disturbi psicotici (circa l'80%), seguono i disturbi di personalità (circa l'11%), i disturbi nevrotici (circa il 6%) e i disturbi della condotta (circa il 3%). Per quanto invece riguarda gli utenti nuovi in assoluto che si sono presentati nell'anno 2021 si rileva che per la maggior parte sono stati trattati per disturbi nevrotici (53% circa), per disturbi psicotici nella misura del 36%, per disturbi di personalità (circa l'8%) e per il 3 % con diagnosi di disturbi della condotta. Di grande rilevanza l'impatto della pandemia da SARS-CoV-2, che ha determinato nell'anno 2021 un aumento del 27% degli utenti totali e un incremento degli utenti nuovi in assoluto di oltre il 90%.

Nel corso dell'anno 2021 il Dipartimento ha partecipato all'indagine promossa dall'ISS sul funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale durante la pandemia da SARS-CoV-2, scaricabile dal seguente link: <https://www.iss.it/web/guest/-/la-salute-mentale-in-tempo-di-pandemia-diminuitele-persone-in-cura-presso-i-servizi-e-aumentato-il-tempo-di-ricovero-nelle-strutture.-al-via-unarete-sentinella-per-monitorare-i-bisogni>

### Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)

L'attività dedicata ai disturbi del comportamento alimentare è stata svolta negli anni precedenti attraverso il Centro Disturbi del Comportamento Alimentare (CEDIAL) già UOC CEDIAL che ha assorbito l'ambulatorio dedicato "diagnosi e trattamento dei DCA in età evolutiva" presso il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Modulo di NPIA, attivo dall'anno 2019 e che ha registrato - nell'anno 2021 - n. 95 utenti precedentemente in carico e n. 79 nuovi utenti. Dal mese di Novembre 2021 l'attività ambulatoriale descritta è stata inclusa nella U.O.C. CEDIAL, che prevede un modulo evolutivo 10-18 anni e un modulo adulti. Circa il 70% dei nuovi utenti ha ricevuto una diagnosi di Anoressia Nervosa di tipo restrittivo e il 40 % di tali casi si sono presentati con caratteristiche di gravità di tipo estremo con perdite di peso di 10/15 Kg in periodi da 3 a 12 mesi, con gravi sintomi psicopatologici e somatici. La gravità clinica è stata spesso innescata da un progressivo irrigidimento comportamentale restrittivo a partenza da una dieta iniziata in ambiente domestico durante il *lock down* per la pandemia Covid-19, in soggetti con frequente disagio relazionale sub-clinico come tratto pre-morboso e familiarità positiva per disturbi psicopatologici. La gravità clinica e l'aumento dei casi (circa il 50% in più rispetto al periodo pre-pandemico) hanno comportato un notevole impatto nell'attività ambulatoriale che ha dovuto intensificare sia i modelli di trattamento intensivo ambulatoriale (più sedute cliniche centrate sulle valutazioni somatiche, la riabilitazione nutrizionale e gli interventi psicoterapici durante la settimana), sia implementare i contatti e la collaborazione con le UOC ospedaliere di NPIA (O. G. Di Cristina ARNAS Civico- O. S.Marta e S.Venera Acireale ASP CT) promuovendo modelli di valutazione clinica congiunta secondo linee guida internazionali e nazionali (MARSIPAN Junior, 2012; Codice Lilla, 2020). La diagnosi prevalente trattata è l'Anoressia Nervosa, seconda soltanto alla Bulimia Nervosa. Si registra come andamento già presente nell'ultimo decennio un abbassamento dell'età d'esordio e un'età media prevalente di soggetti trattati che oscilla dai 14 ai 17 anni, ma con esordi anche precoci verso gli 11/12 anni e più tardivi. Va tenuto in considerazione che più l'età si abbassa più aumentano le comorbidità con i disturbi depressivi, il disturbo ossessivo compulsivo e i disturbi d'ansia. Le necessità di ordine clinico ruotano attorno ai seguenti poli:



- 1) la valutazione dell'impatto della restrizione alimentare e delle condotte eliminatorie sulla salute fisica, con la necessità di una valutazione delle condizioni fisiche secondo le linee guida nazionali e internazionali di decisione per il rischio (parametri emodinamici e metabolici, BMI etc,) in rete con i reparti di NPIA e con le medicine ospedaliere;
- 2) la disregolazione emotiva e il rischio suicidario.

## Dipendenze Patologiche

Nell'ambito della dipendenze patologiche si rileva che i servizi dedicati ai percorsi di cura per la prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con problematiche di dipendenza e le loro famiglie (n. 9 ambulatori SERD e n. 1 ambulatorio dedicato al gioco d'azzardo patologico), hanno preso in carico complessivamente nell'anno 2021 n. 5.282 utenti così suddivisi:

- nella città di Palermo n. 3710 utenti
- nella provincia di Palermo n. 1572 utenti

Gli utenti presi in carico nel 2021 hanno usufruito di un percorso ambulatoriale che ha compreso il trattamento medico-farmacologico e psicologico, attività di monitoraggio e trattamenti socioriabilitativi. Circa il 3% ha beneficiato di un trattamento residenziale presso comunità terapeutiche convenzionate con il SSN. Complessivamente sono stati trattati dai servizi per le dipendenze n. 729 nuovi utenti assoluti, pari al 14% del totale. Nel corso dell'anno 2021 sono stati inoltre assistiti per consulenze individuali e familiari n. 692 utenti. Il dato complessivo sulla ripartizione per genere rileva che per l'84% gli utenti sono di genere maschile e che per il restante 16% sono di genere femminile. La suddivisione in fasce d'età vede nell'anno 2021 il 4% di over 65, circa l'11% appartenente alla fascia 55/64 anni, il 25% nella fascia 45/54 anni, il 26% nella fascia 35/44 anni. Il 29% sono giovani adulti nella fascia 20/34 anni, mentre il 5% degli utenti sono compresi nella fascia di età uguale/inferiore ai 19 anni. Si conferma pertanto una popolazione abbastanza giovane nell'area delle dipendenze patologiche che, comprendendo la fascia di età compresa tra 0 e 44 anni raggiunge la soglia del 60% degli utenti complessivi. Per quanto riguarda la distribuzione per uso di sostanze primarie, si rileva che la sostanza ancora maggiormente utilizzata è l'eroina (38% del totale) assunta per via endovenosa ma anche fumata, segue l'alcol (28%), la cocaina/crack (18%) e i cannabinoidi (9%). Le problematiche relative al gioco d'azzardo patologico (GAP) interessano circa il 7% del totale degli assistiti. Si rileva che nell'anno 2021 oltre il 40% degli assistiti ha presentato una diagnosi di disturbo psichico associato al consumo di sostanze psicoattive e/o gioco d'azzardo patologico.

Anche nell'ambito delle dipendenze patologiche la pandemia da SARS-CoV-2 ha avuto un impatto sui trattamenti, che ha determinato nell'anno 2021 un aumento del 18% degli utenti totali. Gli utenti nuovi in assoluto hanno visto nell'anno 2021 un incremento del 2%. Focus ALCOL Nell'anno 2021 sono stati trattati per problematiche inerenti il disturbo da uso di alcol, complessivamente n. 1190 utenti (di cui n. 174 nuovi in assoluto). La distribuzione per genere vede il genere maschile in netta maggioranza (84%). Per quanto riguarda la distribuzione in fasce d'età, per la maggior parte gli assistiti sono appartenenti alle fasce 40-49 anni (31,8%) e 50-59 anni (30,6%). Seguono le fasce d'età 30-39 anni (17,6%), gli over 60 (14,3%), la fascia di età 20-29 anni (5,5%) e i minori di 19 anni (0,2%). Quest'ultimo dato conferma che i più giovani non percependo il consumo alcolico come problematico per lo sviluppo, non afferiscono ai servizi per le dipendenze. Si rileva che la bevanda alcolica maggiormente utilizzata è stata la birra (40,3%), seguono i vini (26,4%), i superalcolici (10%) e aperitivi, amari e digestivi (4,8%). Vengono indicate altre bevande alcoliche diverse da quelle indicate dalla rilevazione ministeriale nella misura del 18,5%). Un dato allarmante riguarda l'uso di sostanze e farmaci, che interessa gli assistiti da disturbo di uso di alcol nella misura del 42% del totale.

Rispetto all'anno 2020, caratterizzato dall'isolamento dovuto alla pandemia da SARS-CoV-2, si rileva nell'anno 2021 un aumento degli assistiti pari al 6%. Rispetto alla tipologia di trattamento, nell'anno 2021 si rileva che il 27% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,2% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 1,4% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto, il 20,8% ha beneficiato di un trattamento socio-riabilitativo, il 2,6% dei quali in comunità residenziale, il 18,8% ha svolto trattamenti psicoterapeutici. Il 5,2% è stato ricoverato in reparti/strutture ospedaliere (2,4% in istituti pubblici, 2,8% in case di cura private convenzionate).

### Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

Nell'anno 2021 si rileva che sono stati trattati n. 369 assistiti (di cui n. 99 nuovi in assoluto) con dipendenza da GAP, un terzo dei quali è stato trattato attraverso il servizio dedicato alle problematiche GAP. La suddivisione in fasce d'età vede nell'anno 2021 il 10% di over 65, circa il 15% appartenente alla fascia 55/64 anni, il 23% nella fascia 45/54 anni, il 23% nella fascia 35/44 anni. Il 29% sono giovani adulti nella fascia 20/34 anni, mentre poco meno dell' 1% degli utenti sono compresi nella fascia di età uguale/inferiore ai 19 anni. Rispetto all'anno 2020 si registra un incremento degli utenti complessivi di circa il 20%. Il dato complessivo sulla ripartizione per genere dell'anno 2021 rileva che il genere femminile è presente nella misura di 8,1%. Per quanto riguarda l'attività di prevenzione, grazie al Progetto "Una scommessa su di noi" afferente all'UOC Dipendenze Patologiche dell'ASP di Palermo, è stata condotta un'indagine esplorativa nelle scuole dei Distretti Sanitari che allo stato attuale ha coinvolto 1526 studenti con età dagli 11 ai 18 anni, acquisendo i primi dati in assoluto inerenti questa popolazione target nel territorio e delineando una prima

mappatura della prevalenza del gioco d'azzardo patologico negli adolescenti di Palermo e provincia. Implicito nell'intervento il miglioramento della conoscenza da parte dei ragazzi del fenomeno, nonché la condivisione con loro di possibili strategie di supporto, al fine di contrastarne la diffusione. Da questa prima disamina, l'attività del gioco d'azzardo patologico risulta essere diffusa tra gli studenti del territorio di Palermo e provincia. Appare pertanto necessario mantenere un monitoraggio costante su questa popolazione target. Per tale motivo la raccolta dati inerente il progetto "Una scommessa su di Noi" nella sua interezza proseguirà anche nell'anno 2023.

Infine, si sottolinea come la rilevazione della sostanza d'abuso primaria è condizione necessaria per l'elaborazione dei flussi informativi per le dipendenze sopra riportati, ma gli assistiti presentano problematiche di poliabuso (uso contemporaneo di due o più sostanze psicoattive con modalità che possono o meno configurare una situazione di dipendenza), in cui accanto all'uso di alcol e di droghe (soprattutto cocaina) sono presenti dipendenze comportamentali quali il gioco d'azzardo patologico e/o l'*internet addiction*. Tale fenomeno è stimato intorno al 70% del totale degli assistiti.

\* *Dati anno 2021 Fonti: Piattaforma informatica attualmente in dotazione nei servizi dell'area salute mentale adulti e dipendenze patologiche e dai flussi extra SIND per l'alcolismo e il gioco d'azzardo patologico.*

#### **Dati Ricerca-Azione Progetto Stop-phone: per un corretto, consapevole e intelligente utilizzo dei telefonini e device**

Si premette che nel 2016 il Referente progettuale, nell'ambito di attività di programmazione connesse alla Prevenzione e alla Promozione della Salute aziendali presidiate dall'UOEPSA, ha coordinato un tavolo tecnico regionale per la stesura delle Linee di Indirizzo relative all'argomento in oggetto ed avviato, contestualmente, i primi interventi pilota nelle scuole secondarie di primo grado. Successivamente, sono stati definiti due Progetti, Obiettivo di PSN, tra loro coordinati e complementari. Nello specifico, con la Delibera N.047 del 31/08/2017 è stato approvato il Progetto pilota (P.O. di PSN 2014) "Stop-phone: per un corretto, consapevole ed intelligente uso del telefonino cellulare". Le attività progettuali sono state realizzate con il supporto operativo di team multidisciplinari messi a disposizione dell'Associazione Vivi Sano Onlus, partner individuato con procedura di co-progettazione e capofila di una rete inter-istituzionale che vede coinvolti, tra gli altri, anche l'Ufficio Scolastico Regionale ambito territoriale di Palermo. Per gli aspetti legati al rilevamento dei comportamenti a rischio nella popolazione interessata, si è collaborato con la Scuola di Specializzazione del Dipartimento di Promozione della Salute, Materno-Infantile, Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza, Giuseppe D'Alessandro, dell'Università di Palermo (quest'ultima formalmente attivata in forza di un'apposita convenzione, giusta Delibera N.0283 dell'8/03/2019 nell'ambito di un Progetto Obiettivo di PSN 2016). Con i partner progettuali si è provveduto alla programmazione delle attività, la definizione degli strumenti operativi per gli interventi di prevenzione, promozione della salute e di rilevazione dei comportamenti a rischio. Il vero e proprio calcio di inizio del Progetto è stato dato il 2 febbraio 2019 durante un partecipato evento formativo, tenutosi presso l'Ordine dei medici regionale di Palermo, che ha visto coinvolti 220 professionisti sanitari e vari stakeholders interessati alla tematica.

L'avvio delle attività progettuali in collaborazione con Vivi Sano Onlus sono avvenute in data 06/12/2018 e si sono concluse il 28/05/2021. Di seguito si riporta tabella riassuntiva degli interventi di prevenzione primaria e di promozione della salute realizzati con le equipe multidisciplinari nel setting scolastico:

<b>Istituti scolastici coinvolti</b>	<b>N. alunni formati</b>	<b>N. docenti formati</b>
I.C. Buonarroti	375	60
I.C. Guglielmo II	184	25
I.C. Abba Alighieri	677	141
I.C. Montalcini	376	36
Profeta (Ustica)	38	23
I.C. Manzoni - Impastato	160	9
S.M.S. Leonardo Da Vinci	258	15
I.C. Armaforte	327	48
I.C. Rita Atria	200	14
S.M.S. Orlando	693	35
I.C. Scelsa	276	15
I.C. Marconi	389	19
D.D. De Gasperi	0	37
I.C. Veneziano	411	30
I.C. Uditore	140	4
S.M.S. Gramsci	982	40
A. Ugo	160	22

Franchetti	22	0
Conv. Naz. Falcone	240	0
Pestalozzi - Cavour	168	95
Saladino	48	22
Borsellino	150	11
Lombardo Radice	144	84
Riso	124	25
Di Vittorio	126	35
<b>Tot. Scuole: 25</b>	<b>Tot. Alunni: 6668</b>	<b>Tot. Docenti: 845</b>

#### Dati dei comportamenti a rischio rilevati nei 6 sotto-targhet progettuali\*

##### Ragazzi scuole secondarie di primo grado

Sono stati intervistati 1620 ragazzi, il 97% (1511) di questi dichiara di possedere uno smartphone personale ed il 67% (1067) riferisce di aver ricevuto il primo telefono tra i 9 ed 11 anni mentre il 24% (392) tra i 6 e gli 8 anni.

L'87% (1357) dei ragazzi utilizza i social network, il 42% (474) ha contatti con persone che non ha mai visto o conosciuto di persona, di questi 79 riferiscono di interfacciarsi con ragazzi più grandi rispetto alla propria età (liceali e/o universitari), 62 riferiscono di non conoscere l'età del proprio interlocutore mentre 19 si relazionano con adulti.

Il 15% (240) ragazzi riferisce di essere stato vittima di fenomeni di cyberbullismo invece il 31% (496) di aver avuto accesso a contenuti violenti e/o destinati ad un pubblico adulto.

Dai dati raccolti si evidenzia un severo abuso dell'utilizzo dei dispositivi mobili nell'7% (116) dei ragazzi, nel 55% (849) moderato e nel 37% (579) lieve.

Infine, il 4% (61) dei ragazzi risultano fortemente dipendenti da smartphone, il 34% (514) moderatamente dipendente mentre il 62% (937) lievemente dipendente.

##### Genitori bambini 6-11 anni

Sono stati intervistati 700 genitori di bambini di età compresa tra 6 ed 11 anni.

L'83% (580) dei bambini possiede uno smartphone personale, 679 (97%) bambini hanno accesso ad uno smartphone connesso ad internet.

Il 55% (385) di questi passa in compagnia di uno smartphone o tablet un periodo compreso tra le 2 e le 3 ore al giorno, il 18% (125) un tempo variabile tra le 4 e le 6 ore, ed il 3% (23) passa più di 6 ore al giorno davanti ad uno smartphone. Inoltre, il 32% (223) dei genitori ritiene che il proprio figlio sia più sedentario da quando ha iniziato ad utilizzare lo smartphone.

Lo score di abuso-dipendenza calcolato tramite i genitori sui bambini mostra una dipendenza moderata-severa nei confronti di dispositivi mobili nel 25% (172) dei bambini, lieve nel 70% (488).

L'89% (617) dei genitori sono risultati lievemente dipendenti mentre il 3% (25) è risultato dipendente di grado moderato-severo.

##### Genitori bambini 3-5 anni

Sono stati intervistati 75 genitori di bambini tra età compresa tra 3 e 5 anni.

L'84% (63) dei genitori dichiara che il proprio figlio ha accesso ad uno smartphone o tablet e l'81% (61) afferma che il bambino è in grado di utilizzare da solo questi dispositivi, inoltre, il 21% (16) ha uno smartphone/tablet dedicato.

L'8% (5) dei genitori riferisce che il proprio bambino passa più di 3 ore al giorno in compagnia di uno smartphone, il 23% (17) un tempo compreso tra 1 e 3 ore mentre il 68% (50) un tempo inferiore ad un'ora.

Il 47% (35) dei genitori utilizza lo smartphone per far mangiare il figlio.

I risultati dello score di abuso-dipendenza mostrano che il 24% (18) dei bambini sono presentano una dipendenza di grado moderato-severo, il 73% (54) lievemente dipendenti; per quanto riguarda i genitori invece 5 hanno mostrato una dipendenza di grado moderato-severo mentre 78 di grado lieve.

##### Docenti

739 docenti con un'età media di 49,3 anni. Nello specifico il campione è composto da 405 docenti delle scuole secondarie di primo grado, 250 docenti della scuola primaria ed 84 della scuola dell'infanzia.

Il 74% (546) del campione insegna da più di 10 anni; il 92% (679) dei docenti dichiara di portare il proprio smartphone in classe ma il 55% (386) dichiara di non utilizzarlo durante le ore di lezione.

Il 72% (525) dei docenti sono d'accordo o completamente d'accordo all'utilizzo dello smartphone in classe per scopi didattici, di contro il 90% (634) ritiene che l'utilizzo a casa possa influire sulle capacità di apprendimento dei bambini.

Ai docenti di scuole primarie e secondarie di primo grado sono state poste domande specifiche riguardo all'aver notato un peggioramento dell'utilizzo della lingua italiana dovuto al nuovo tipo di linguaggio che si utilizza nella scrittura dei messaggi l'83% (521) risponde sì, inoltre l'87% (562) si mostra preoccupato rispetto alla potenziale

pericolosità inerente ai contenuti presenti su internet e l'89% (573) esprime preoccupazione rispetto a possibili fenomeni di cyberbullismo.

Lo score di abuso-dipendenza è stato calcolato per 734 docenti; il 92% (678) di essi risulta lievemente dipendente da dispositivi mobili, il 4% (31) moderatamente dipendenti, 1 gravemente dipendente ed infine il 3% (24) non sono risultati dipendenti.

Genitori bambini 0-2 anni

Il campione comprende 182 genitori con età media di 35 anni.

È stato chiesto alle mamme se durante l'allattamento utilizzassero lo smartphone in modalità aereo ed il 96% (169) ha risposto no. Il 17% (30) dei genitori riferisce che sono i piccoli stessi a richiedere di utilizzare lo smartphone o il tablet, nel 19% (34) dei casi lo richiedono solo a volte, mentre nel 60% (105) dei casi non lo richiedono.

I dati raccolti mostrano come il 10% (18) dei bambini ha iniziato ad utilizzare questi dispositivi tra 0 e 12 mesi, un altro 10% (18) tra i 13 ed i 18 mesi mentre il 14% (26) dopo i 18 mesi. Nel 38% (69) dei casi i bambini utilizzano smartphone/tablet per meno di un'ora al giorno il 6% (11) invece per un periodo di tempo compreso tra 1 e 3 ore.

Il 22% (39) dei genitori riferisce di servirsi di dispositivi come smartphone o tablet per far mangiare il proprio figlio e questo avviene nel 33% (13) dei casi a casa, nel 18% (7) dei casi fuori casa come, ad esempio, al ristorante ed infine nel 49% (19) dei casi in entrambe le situazioni.

La maggior parte dei genitori (78%) riferisce inoltre di non aver mai parlato dell'utilizzo dello smartphone con il proprio pediatra.

I dati riguardanti lo score di abuso-dipendenza calcolato sui bambini mostrano come già il 3% (5) bambini presenti una dipendenza di grado moderato-severo, mentre il 49% (84) una dipendenza lieve; per quanto riguarda i genitori invece, l'8% (14) risulta avere una dipendenza di grado moderato mentre il 91% (166) di grado lieve.

Donne in gravidanza

Sono state intervistate 237 donne in gravidanza che dichiarano di utilizzare lo smartphone per un periodo di tempo compreso tra 1 e 3 ore al giorno nel 57% (134) dei casi, 34% (80) per un periodo che supera le 3 ore al giorno; inoltre, i dati mostrano come il 64% (150) delle future mamme utilizzano lo smartphone prima di addormentarsi.

I dati raccolti mostrano come il 18% (31) delle mamme ha l'abitudine di posizionare il telefono sull'addome, il 39% (68) riferisce di farlo qualche volta e nella maggior parte dei casi (78%) il contatto tra addome e smartphone non viene mediato da nessun dispositivo come ad esempio un cuscino.

Nel 98% dei casi le intervistate dichiarano di non aver modificato l'utilizzo dello smartphone dopo l'inizio della gravidanza, il 28% (67) cerca di prestare attenzione all'utilizzo mentre solo il 9% (21) ne ha limitato l'uso.

Il 90% delle future mamme ha un grado lieve di dipendenza da dispositivi mobili, mentre il 9% presente un moderato livello di dipendenza.

*\*Dati elaborati in collaborazione con il PROMISE-UniPa*

### **Il Setting Scolastico: RETE "Scuola Promuove Salute" Modello SHE nella città Metropolitana di Palermo**

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2019 al Macro Obiettivo 1 (*Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili*) dava indicazione di realizzare interventi presso le Scuole Primarie, per potenziare i fattori di protezione e adottare comportamenti e stili di vita sani; e al Macro Obiettivo 4 (*Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamentali*) di attuare strategie integrate ASP/Scuola, per valorizzare/promuovere le capacità personali dei giovani (life skills) in termini di autostima, autoefficacia e resilienza e aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui.

In riferimento a queste indicazioni del PRP, a partire dall'anno scolastico 2019-2020 ogni anno è stata realizzata la formazione sulla metodologia delle life skills, rivolta a docenti della Scuola dell'Infanzia e Primaria e ad operatori dell'Asp con il Progetto Obiettivo di PSN **Life Skills e Resilienza: strategie efficaci per promuovere salute a scuola**, del Distretto 34 prima e del Distretto 42 dell'Asp Palermo successivamente, e rivolta ai docenti della Scuola Superiore di primo e secondo grado e ad operatori dell'Asp con il Progetto Obiettivo di PSN **Life Skills e Resilienza per prevenire le dipendenze patologiche**, della UOC Dipendenze Patologiche dell'Asp Palermo.

Il percorso formativo è diviso in cinque moduli, a cadenza mensile, che approfondiscono due life skills per modulo, ognuno dei quali prevede un webinar teorico, di due ore e mezza, di introduzione teorica alle due life skills e un laboratorio di 12 ore esperienziale sulla metodologia. Obiettivo comune dei due Progetti è potenziare le life skills dei partecipanti, con lo scopo di favorirne il benessere e di fornire strumenti per l'applicazione della metodologia orientata alla promozione del benessere globale della classe e di ogni alunno/a all'interno del sistema scolastico. Il termine Life Skills viene introdotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e fa riferimento ad una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che su quello sociale, affrontando efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana. Le life skills possono essere potenziate e sono importanti perché prerequisiti essenziali per sostenere la crescita in

salute di ogni essere umano, oltre a rappresentare i principali strumenti di cui l'individuo può disporre per raggiungere una condizione di autorealizzazione e pieno benessere.

Ad oggi sono stati formati, per alcuni di loro la formazione è in corso, 362 docenti dell'Infanzia e Primaria e 456 della Scuola Secondaria di primo e secondo grado.

In Europa la metodologia delle life skills viene raccomandata dalla *Rete SHE* (Schools for Health in Europe) e in Italia dal documento interministeriale (MIUR e Salute) *Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove Salute* che individua nella scuola un "ambiente favorevole alla salute», utilizzando metodologie partecipative attraverso azioni di natura educativo/formativa, quali le life skills."

Con il Progetto Obiettivo di PSN **La Rete She Progetto a sostegno della realizzazione della RETE "Scuola Promuove Salute" Modello SHE nella città Metropolitana di Palermo** la UOC Dipendenze Patologiche Asp Palermo ha realizzato, in convenzione con il Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche, dell'Esercizio Fisico e della Formazione, un percorso formativo rivolto ai Dirigenti Scolastici sul modello *Scuola Promuove Salute* che ha dato esito alla costituzione della **Rete Igea - Scuole che promuovono Salute**. Alla Rete aderiscono venticinque Istituti Scolastici di Palermo e Provincia, suddivisi in tre Direzioni Didattiche, dodici Istituti Comprensivi, una Scuola Media, nove Scuole Superiori di secondo grado; con Scuola Capofila l'Istituto Comprensivo Rapisardi-Garibaldi e una Cabina di Regia costituita da quattro Dirigenti Scolastici, due operatori della UOC Dipendenze Patologiche e una docente del Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche, dell'Esercizio Fisico e della Formazione dell'Università di Palermo.

Negli Istituti Scolastici che aderiscono alla Rete Igea sono stati realizzati i Profili di Salute ed, in riferimento ai bisogni da essi emersi, sono in corso attività di coprogettazione tra la singola Scuola e la UOC Dipendenze Patologiche, che ha coinvolto i Servizi dell'Asp in relazione alla tematica. Inoltre sono in fase di realizzazione attività di informazione sul modello *Scuola che promuove Salute* rivolte alle Scuole della Rete Igea, affinché sia conosciuto da tutta la comunità scolastica, agli operatori Asp, che a vario titolo lavorano nelle Scuole, e ai Dirigenti Scolastici e ai docenti delle Scuole che hanno espresso la volontà di far parte della Rete.

In collaborazione con il Dasoe dell'Assessorato Salute, all'interno delle attività del Master Prospect 2, è in fase di realizzazione uno studio campionario sulle prime classi della Scuola Primaria (campione di 832 alunne e alunni), a cui seguiranno azioni di potenziamento della didattica.

Lo studio nasce dall'osservazione dell'impatto che la pandemia ha sulla salute mentale e sull'apprendimento, l'attenzione e il linguaggio, sui disturbi della condotta e della regolazione emotiva delle bambine e dei bambini. Il rischio di consolidamento dei disturbi dell'apprendimento in pochi anni rende urgente la necessità di stimare le difficoltà di apprendimento e di un intervento immediato per riattivare le potenzialità delle bambine e dei bambini, promuovendo così la loro salute mentale.

Quanto sin qui descritto si inserisce a pieno titolo nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, nel Protocollo d'Intesa Assessorato Regionale Sanità – USR Indirizzi di "Policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" e nel PAP 2022-2025 dell'Asp di Palermo al Programma Predefinito 01 *Scuole che promuovono Salute*.

## PROFILO DI SALUTE DEI DISTRETTI SANITARI

### DISTRETTO 33 - CEFALÙ

Il distretto di Cefalù presenta una popolazione di 43.569 abitanti (circa il 4% della provincia), con una percentuale di **popolazione anziana** del **26,2%** ed una **popolazione under 18** del **13,9%**. In generale, l'età media è di 47 anni, dove il Comune "più giovane" è quello di Lascari (età media di 45 anni) e quello "più anziano" è il Comune di Gratteri (età media di 51 anni).

Analizzando le singole fasce che in base alla normativa vigente sono destinatarie di programmi di screening si segnala che:

- **6.574 donne** con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening mammografico**;
- **11.758 donne** con età target (compresa tra 25 e 64 anni) per **pap test e Hpv Test**;
- **12.897** tra uomini e donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening del carcinoma colon retto**.

Il distretto insiste su un territorio avente una **superficie di 513 km<sup>2</sup>** e una densità di popolazione di 85 ab./km<sup>2</sup>. Complessivamente nel distretto vi sono 10 Comuni e quello di Cefalù è quello con più residenti.

Comune	Abitanti	di cui >65 anni	di cui <18 anni	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab./km <sup>2</sup> )
Campofelice di Roccella	7.511	1.599	1.115	14,51	517,79
Castelbuono	8.256	2.220	1.087	60,79	135,82
Cefalù	13.877	3.764	1.884	66,24	209,49
Collesano	3.772	1.070	571	108,16	34,87
Gratteri	887	284	115	38,17	23,24
Isnello	1.368	441	143	51,00	26,83
Lascari	3.656	813	587	10,33	354,04
Pollina	2.827	745	373	49,93	56,62
San Mauro Castelverde	1.415	473	182	114,37	12,37
<b>Totale</b>	<b>43.569</b>	<b>11.409</b>	<b>6.057</b>	<b>513,48</b>	<b>84,85</b>

### DOMANDA E OFFERTA SOCIALE

Sulla base delle informazioni riportate nella relazione sociale di cui all'ultimo Piano di Zona disponibile, relativo al biennio 2019/2020, del distretto di Cefalù, di seguito si riportano gli indicatori della domanda sociale del distretto e le strutture e i servizi offerti per soddisfare tale domanda, suddivisi per ogni area sociale d'intervento.

#### AREA POVERTÀ

Nel periodo 2017-2019 si segnala un numero di istanze per gli aiuti economici SIA (Sostegno all'Inclusione Attiva) e REI (Reddito di Inclusione) pari a 984, mentre le richieste per il reddito di cittadinanza sono state, nel 2020, 1.253. In particolare, emerge, in proporzione alla popolazione residente, una maggiore richiesta di aiuti economici nel Comune di Campofelice di Roccella. Nel 2020 non ci sono richieste di sostegno abitativo, mentre c'è 1 sola persona senza fissa dimora. Al 31/12/2020 risultavano 12.716 tra disoccupati e inoccupati, equivalente al 29% della popolazione residente nel distretto.

Tra i servizi territoriali offerti nel distretto rientrano il progetto di inclusione sociale del Piano di Zona 2010/2012, che nel 2020 ha coinvolto 59 soggetti, e le attività previste dal Piano Operativo Nazionale Inclusione.

#### AREA ANZIANI

Nel 2020 si segnalano 81 richieste di ricovero presso strutture residenziali (Casa di Riposo, RSA, Comunità alloggio, ecc.), 10 semi-residenziali e 120 richieste interventi a carattere domiciliare.

Nel territorio del distretto sono presenti 14 strutture residenziali per anziani (6 case di riposo e 7 Comunità alloggio) e 1 struttura semi-residenziale. Tra i servizi offerti dal distretto per soddisfare le esigenze della popolazione anziana rientrano l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e interventi finanziati con il P.A.C. (Piano di Azione e Coesione) Anziani che consistono nell'erogazione di servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale.

#### AREA DIPENDENZE

Nel 2018 si segnalano 140 utenti in carico ai SERT (Servizi per le Tossicodipendenze), di cui 120 maschi e 20 femmine. Di questi soggetti, il 60% presenta dipendenza da sostanze stupefacenti, il 22% da alcool e il 6% da gioco d'azzardo. Nel distretto non sono presenti strutture terapeutiche per soggetti affetti da dipendenze. Tra i servizi offerti dal distretto si rileva il SERT di Cefalù.

#### AREA DISABILI

Nel 2020 si segnalano 19 richieste di ricovero presso strutture residenziali, 28 richieste di interventi a carattere domiciliare. Il numero di alunni disabili iscritti nelle scuole del distretto è di 122. Sul territorio del Distretto insistono 3 Comunità Alloggio, 1 centro diurno per disabili psichici, 1 centro riabilitativo e 1 Comunità Terapeutica Assistita.

#### AREA IMMIGRATI

Nel 2019 si segnalano 1.103 stranieri nel distretto, di cui 431 maschi e 672 femmine, con un'incidenza sulla popolazione del 2,4%. I Comuni che presentano l'incidenza più elevata sono Cefalù e Collesano (circa il 3%). Il 14,4% della popolazione straniera è composta da minori.

#### AREA MINORI FAMIGLIA

Nel 2020 i minori a carico dei servizi sociali sono 76, mentre il numero di casi di abbandono delle scuole dell'obbligo è di 17 (8 a Castelbuono e 9 a Cefalù). Inoltre, si segnalano 9 casi di violenza sui minori (8 a Castelbuono e 1 a Cefalù). Per quanto riguarda le strutture presenti nel distretto, si segnalano 3 Comunità alloggio per minori, 2 a Castelbuono e 1 a Cefalù. Tra i servizi previsti per i soggetti minori rientrano quelli erogati dal Consultorio Familiare ASP, ubicato a Castelbuono.

#### LE AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2019/2020

Nella tabella seguente sono riportate le azioni previste dal Piano di Zona 2019/2020 del distretto di Cefalù, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni espressi dalla domanda sociale. Sono previste **8 azioni**, per un importo totale di **638.496 €**.

Area d'intervento	Titolo azione	Descrizione	Importo
Minori-Famiglia Disabili Povertà	Progetto "IN & AUT"	Presenza in carico delle persone con Disturbo dello Spettro Autistico nella fascia d'età 0-18 anni, con interventi individualizzati di tipo ambulatoriale all'interno di contesti sanitari pubblici.	107.282,47 €
Minori-Famiglia	Progetto Reti Famiglia	Realizzazione di uno Spazio Neutro, luogo privilegiato per favorire gli incontri tra il minore e i suoi genitori e/o la famiglia d'origine, e un Servizio di Mediazione Familiare, percorso per la riorganizzazione delle relazioni familiari in vista o in seguito alla separazione o al divorzio.	95.733,84 €
Minori-Famiglia Disabili	Progetto SED MINORI	Realizzazione di un servizio di assistenza domiciliare educativa per i disabili minori che risponda ai bisogni del nucleo familiare in situazione di fragilità.	101.116,80 €
Disabili	Progetto Disabili Adulti	Servizio di Assistenza Domiciliare per disabili, di età non inferiore ai 18 anni, reso da figure professionali, attraverso l'erogazione di prestazioni quali: aiuto per il governo e l'igiene dell'alloggio, aiuto per l'igiene e la cura della persona, disbrigo pratiche.	153.739,05 €
Povertà Dipendenze	Progetto Pollicino	Progetto rivolto a cittadini indigenti, ai quali verrà proposta un'attività di borsa lavoro/tirocinio. Ai beneficiari verrà erogata un'indennità netta mensile di € 400,00, per lo svolgimento di 12 ore di lavoro settimanale.	52.493,19 €

Servizio sociale professionale	Assistenza tecnica	Potenziamento delle unità di personale amministrativo al fine di supportare il distretto nella fase di definizione delle procedure di affidamento dei servizi, nell'avvio degli stessi, nella gestione e nella rendicontazione sui portali appositi.	11.193,45 €
Servizio sociale professionale	Incentivo personale Gruppo Ristretto	Stanziamiento di fondi per premiare l'operato del personale impegnato nella definizione e nell'attuazione del Piano di Zona, in proporzione alle ore da essi dedicate alla realizzazione del Piano e alla qualità del lavoro svolto.	12.951,73 €
Servizio sociale professionale	Servizio Sociale Distrettuale	Promozione nelle famiglie di una maggiore conoscenza dei servizi del territorio, in particolare a quelle ove vi è la presenza di disabili.	103.985,85 €

### ANALISI CODICI ESENZIONE (CE)

Si rilevano **20.840 CE**, in prevalenza, **ipertensione con danno d'organo, diabete mellito e affezioni del sistema circolatorio**, i quali rappresentano circa il **50% del totale** dei CE.

Rispetto alla popolazione, l'incidenza degli assistiti con codice esenzione aumenta in relazione alla fascia d'età e si rileva che circa **1 abitante over 65 su 2 ha 1 codice esenzione per patologia**. Rispetto alla Provincia, si rileva una maggiore incidenza degli assistiti over 44. Non si rilevano differenze in termini di genere.

Articolando i codici esenzione in base alla tipologia, emerge che:

Analisi per Classe Codice Esenzione da NAR			
Classe Codice Esenzione (CE)	N. esenzioni	% tot. Distr.	% cum
Ipertensione Arteriosa Con Danno D'Organo	4.840	23,2%	23,2%
Diabete Mellito	2.777	13,3%	36,5%
Affezioni Del Sistema Circolatorio (Escluso: 453.0	2.581	12,4%	48,9%
Ipertensione Arteriosa (Senza Danno D'Organo)	2.271	10,9%	59,8%
Ipercolesterolemia Familiare Omozigote E Eterozig	1.414	6,8%	66,6%
Soggetti Affetti Da Patologie Neoplastiche Malign	1.319	6,3%	72,9%
Ipotiroidismo Congenito, Ipotiroidismo Acquisito G	987	4,7%	77,7%
Asma	633	3,0%	80,7%
...	...	...	...
Altro (58 classi)	4.018	19,3%	100%
<b>Totale Distretto</b>	<b>20.840</b>	<b>100%</b>	
<i>% sul Tot Regione</i>	<i>4,8%</i>		
<b>Totale Provincia</b>	<b>434.354</b>		

- **3.232 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per invalidità** (codice "Cnn", "Gnn", "Lnn", "Nnn", "Snn", "Vnn");
- **11.371 assistiti** hanno almeno 1 **codice esenzione per patologia**, di cui 5.990 femmine e 5.381 maschi. **Poco meno della metà** di questi assistiti ha **2 o più codici esenzione per patologia**. Considerando solo i codici esenzione per le 3 principali patologie croniche, **diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO si contano rispettivamente 2.777, 49 e 43 assistiti**;
- **1.319 assistiti** hanno il **codice esenzione "048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne"**, di cui 643 maschi e 676 femmine. Non sono presenti informazioni relative alla tipologia di patologia neoplastica maligna;
- **276 assistiti** hanno un **codice esenzione per malattia rara**, di cui 149 femmine e 127 maschi e **30 assistiti hanno meno di 25 anni**. I codici più ricorrenti sono per **"sprue celiaca"** e **"anemie ereditarie"**. 8 assistiti hanno 2 diversi codici esenzione per malattia rara;
- **66 assistiti** hanno un codice esenzione in quanto **in attesa o sottoposti a trapianto**, di cui 27 femmine e 39 maschi;
- tra gli altri, vi sono **4 assistiti** con codice esenzione per **donatori d'organo**, **7 assistiti** con codice esenzione **"011 - demenze"**, **22 assistiti** con codice esenzione **"F02 - prestazioni per minori affidati"** e **22 assistiti** con codice esenzione **"014 - dipendenze"**.



## I SERVIZI DEL TERRITORIO E LA PROIEZIONE CON IL PNRR

Nel distretto, sulla base delle informazioni rilevate dai CRIL e dai flussi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono presenti i servizi indicati nella figura. Nella mappa vengono inoltre indicate le nuove case della Comunità che andranno ad essere implementate nel distretto. Si tratta di una casa della Comunità hub, presso il Comune di Cefalù, e di due case della Comunità spoke, una presso il Comune di Collesano ed una presso il Comune di Pollina.

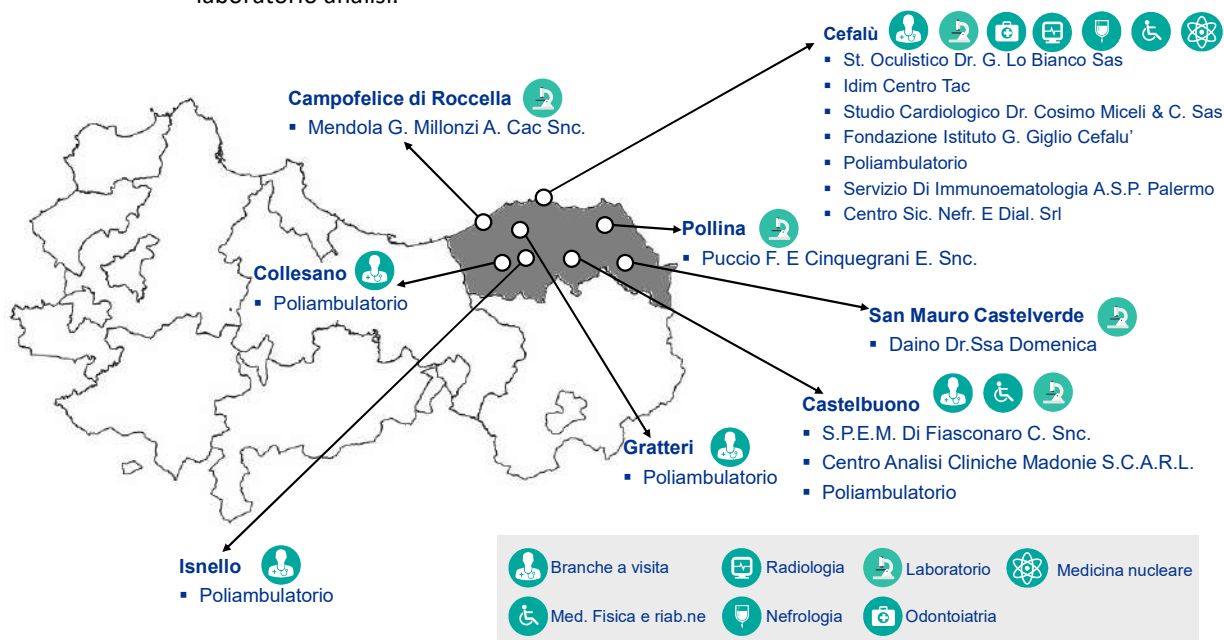


## LE STRUTTURE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dall'analisi dei flussi di attività C e M relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si rilevano le seguenti strutture di offerta:

- Comune di Cefalù:
  - Poliambulatorio Cefalù: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, nefrologia, odontoiatria, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - Fondazione Istituto G. Giglio: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio di analisi, nefrologia, odontoiatria, medicina fisica e riabilitazione e radiologia;
  - Studio Oculistico Dr. G. Lo Bianco Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Servizio Di Immunoematologia A.S.P. Palermo: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita e laboratorio analisi;
  - Centro Siciliano Nefrologia E Dialisi Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca nefrologia;
  - Idim Centro Tac: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia;
  - Studio Cardiologico Dr. Cosimo Miceli & C. Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita.
- Comune di Campofelice di Roccella:
  - Mendola G. Millonzi A. Cac Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi.
- Comune di Castelbuono:

- Poliambulatorio Castelbuono: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita e a medicina fisica e riabilitazione;
- S.P.E.M. Di Fiasconaro C. Snc.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi;
- Centro Analisi Cliniche Madonie S.C.A.R.L.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi.
- Comune di Collesano:
  - Poliambulatorio Collesano: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita.
- Comune di Isnello:
  - Poliambulatorio Isnello: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita.
- Comune di Gratteri:
  - Poliambulatorio Gratteri: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita.
- Comune di Pollina:
  - Puccio F. E Cinquegrani E. Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi.
- Comune di San Mauro Castelverde:
  - Daino Dr.Ssa Domenica: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi.



Diagnosi	N.assistiti
Ulcerazione cronica della cute	150
Anemia aplastica e altre sindromi da insufficienza midollare	60
Frattura del collo del femore	60
Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	53
Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	50
Sintomi relativi all'apparato urinario	28
Disordini dei liquidi, degli elettroliti e dell'equilibrio acido-base	23
Altre e non specificate anemie	22
Altro (44 diagnosi)	145
<b>Totale</b>	<b>591</b>

### ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE

La seguente analisi è stata ricavata dall'elaborazione dei dati di cui al flusso SIAD dell'ASP Palermo al 2020.

Nel distretto di Cefalù nell'anno in esame sono stati presi in carico 591 assistiti, che corrispondono a circa il **1,4% della popolazione residente**.

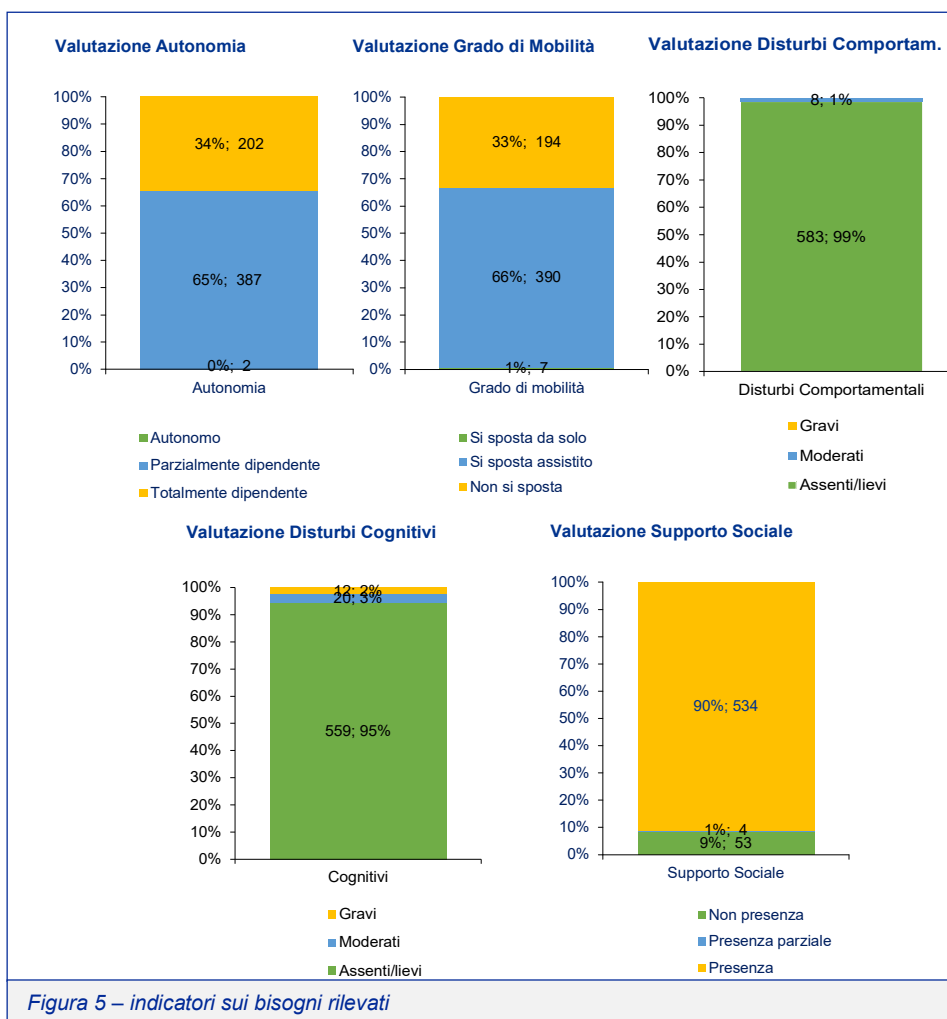
Con riferimento alla **patologia** prevalente che sottende alla presa in carico (tabella di fianco), si rileva che le principali problematiche riscontrate sono **"ulcerazione cronica della cute"**, seguito da **"anemia aplastica e altre sindromi di**

**insufficienza midollare"** e **"frattura del collo del femore"**. Complessivamente si rilevano **52 diverse diagnosi**.

In media gli assistiti a domicilio hanno circa **80 anni** e per il **60% sono donne**. Analizzando i principali bisogni riscontrati si rileva che:

- il **65%** degli assistiti è **parzialmente autonomo** ed il **34%** non è autonomo;
- solo **1 assistiti su 10** presentano **assenza**, totale o parziale di **supporto sociale**;
- circa **1 assistito su 3 non si sposta**, mentre **2 su 3 hanno bisogno di assistenza**;

- circa **1** assistiti su **20** hanno disturbi cognitivi e **1** su **100** presenta disturbi comportamentali.



## DISTRETTO 34 - CARINI

Il distretto di Carini presenta una popolazione di 85.197 abitanti (circa il 7% della provincia), con una percentuale di **popolazione anziana del 18,6%** ed una **popolazione under 18 del 20%**. In generale, l'età media è di 41 anni, dove il Comune "più giovane" è quello di Carini (età media di 40 anni) e quello "più anziano" è il Comune di Cinisi (età media di 43 anni).

Analizzando le singole fasce che in base alla normativa vigente sono destinatarie di programmi di screening si segnala che:

- **11.115** donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening mammografico**;
- **23.146** donne con età target (compresa tra 25 e 64 anni) per **pap test e Hpv Test**;
- **21.959** tra uomini e donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening del carcinoma colon retto**.

Il distretto insiste su un territorio avente una **superficie di 165 km<sup>2</sup>** e una densità di popolazione di 517 ab./km<sup>2</sup>. Complessivamente nel distretto vi sono 6 Comuni e quello di Carini è quello con più residenti.

Comune	Abitanti	di cui >65 anni	di cui <18 anni	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab./km <sup>2</sup> )
Capaci	11.283	2.236	2.196	6,12	1.843,51
Carini	38.405	6.645	8.189	76,59	501,41
Cinisi	11.827	2.362	2.227	33,16	356,65
Isola delle Femmine	7.026	1.277	1.296	3,57	1.970,11
Terrasini	12.483	2.590	2.366	19,85	628,98
Torretta	4.173	754	835	25,54	163,38
<b>Totale</b>	<b>85.197</b>	<b>15.864</b>	<b>17.109</b>	<b>164,83</b>	<b>516,88</b>

## DOMANDA E OFFERTA SOCIALE

Sulla base delle informazioni riportate nella relazione sociale di cui all'ultimo Piano di Zona disponibile, relativo al biennio 2019/2020, del distretto di Carini, di seguito si riportano gli indicatori della domanda sociale del distretto, le strutture e i servizi offerti suddivisi per ogni area sociale d'intervento.

### AREA POVERTÀ

Nel 2018 si segnalano 257 richieste di assistenza economica e nessuna richiesta per sostegno abitativo. In aggiunta, si segnala che nello stesso anno si rilevano 24.335 persone in stato di disoccupazione, corrispondente al 28% della popolazione residente.

Tra i servizi erogati nel distretto, nel 2018, si segnalano il Piano Operativo Nazionale inclusione, il quale ha coinvolto 1.898 soggetti, gli aiuti economici di sostegno al reddito REI, percepiti da 2.425 soggetti, e le borse lavoro, alle quali hanno avuto accesso 40 soggetti.

### AREA ANZIANI

Nel 2017 si segnalano 8 richieste di ricovero presso strutture, 90 richieste presso strutture semi-residenziali, e 900 richieste indennità di accompagnamento invalidi over 65 anni.

Nel territorio del distretto sono presenti 1 struttura residenziale per anziani (Comunità alloggio) e 3 strutture semi-residenziali (Centri diurni). Tra i servizi offerti dal distretto per soddisfare le esigenze della popolazione anziana rientrano gli interventi finanziati con i fondi PAC Anziani e i servizi sociali domiciliari previsti dal progetto "Home Care Premium", messo in atto dall'INPS.

### AREA DIPENDENZE

Nella relazione sociale non sono disponibili informazioni relativi alla domanda sociale riferita all'area esaminata. Con riferimento all'offerta, non risultano strutture nel territorio del distretto e non vengono erogati servizi dedicati.

### AREA DISABILI

Nel 2017 si segnalano 20 richieste di ricovero presso strutture residenziali, 75 richieste di servizi semi-residenziali e 120 richieste di interventi a carattere domiciliare. Nell'anno di riferimento, il numero di alunni disabili iscritti nelle scuole del distretto è di 220 mentre i soggetti con disagio psichico seguiti dai servizi territoriali sono 1.600.

Nel territorio del Distretto sono presenti 5 strutture residenziali (Comunità Alloggio) e 3 semi-residenziali (Centri diurni e socioriabilitativi). Tra i servizi attivi rientrano i servizi sociali domiciliari previsti dal progetto "Home Care Premium", il trasporto per portatori di handicap (diretto o con rimborso carburante) e l'assistenza igienico personale e alla Comunicazione nelle scuole di tutti i Comuni.

### AREA IMMIGRATI

Nel 2017 si segnalano 1.312 stranieri nel distretto, con un'incidenza sulla popolazione del 1,5%.

Nel distretto è presente una struttura residenziale per migranti, un Centro di Accoglienza Straordinaria presso il Comune di Torretta. Tra i servizi erogati nel distretto, si segnala uno SPRAR (Sistemi di protezione per richiedenti asilo e rifugiati).

### AREA MINORI FAMIGLIA

Nel 2012 i minori a carico dei servizi sociali erano 520, mentre i casi di violenza sui minori erano 31. Nell'anno considerato, il tasso di frequenza alle scuole dell'obbligo è pari al 90% mentre alla scuola materna è pari al 59%.

Per quanto riguarda le strutture presenti nel distretto, nel 2012 erano presenti 3 Comunità alloggio e 2 strutture semi-residenziali. Tra i servizi e i progetti, per soggetti minori, attivi nel distretto nell'anno di riferimento rientrano:

- sostegno scolastico a favore di minori;

- front office per depotenziamento problematiche minorili nelle scuole;
- ludoteca presso IPAB Casa del Fanciullo per l'integrazione diversamente abili e normodotati;
- servizi per le famiglie e i minori ex 285 (spazio neutro, educative domiciliare, affido familiare, mediazione familiare);
- progetti di servizio sociale e inserimenti in Comunità alloggio con provvedimento dell'autorità giudiziaria minorile.

#### LE AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2019/2020

Nella tabella seguente sono riportate le azioni previste dal Piano di Zona 2019/2020 del distretto di Carini, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni espressi dalla domanda sociale. Sono previste **7 azioni**, per un importo totale di 742.500 €.

Aree d'intervento	Titolo azione	Descrizione	Importo
Minori-Famiglia	Spazio neutro	N.D.	114.000 €
Minori-Famiglia	La strada verso casa	Azione volta a promuovere l'inclusione e la socializzazione dei gruppi di minori a rischio di devianza ed esclusione. Sono previste attività di messa in rete di associazioni o enti socioeducativi e sportivi (già presenti nel territorio) e coinvolgimento dei minori nelle attività educative, ricreative, culturali e sportive.	198.931,08 €
Disabili	Servizio di assistenza all'autonomia e alla Comunicazione	Supporto educativo che mira a promuovere l'inclusione sociale degli alunni portatori di handicap, ai quali verrà assegnato un assistente all'autonomia e alla Comunicazione.	114.000 €
Anziani Disabili	Assistenza domiciliare per anziani	Servizio rivolto ad anziani totalmente o parzialmente non autosufficienti o adulti con patologie equiparabili a quelle geriatriche, consistente nell'erogazione di prestazioni quali cura ed igiene della persona e dell'abitazione, consegna e somministrazione dei pasti a domicilio, accompagnamento all'esterno e piccole medicazioni. Le prestazioni verranno erogate attraverso una figura specializzata OSA, per 2 ore settimanali per 12 mesi.	121.071,48 €
Disabili Anziani	Assistenza domiciliare integrata	Servizio rivolto a cittadini con ridotta o compromessa autonomia parziale, totale o temporanea, ai quali erogare a domicilio prestazioni socioassistenziali (cura ed igiene della persona e dell'abitazione, preparazione pasti, accompagnamento all'esterno, ecc.) e interventi sanitari, anche specialistici (quali prestazioni infermieristiche, fisioterapiche, psicologiche, ecc.).	109.525,88 €
Servizio sociale professionale	Assistenza tecnica	Attività che riguarda gli adempimenti relativi al controllo, monitoraggio delle spese del progetto e la rendicontazione attraverso software informatici, svolta da un operatore specializzato per 16 ore settimanali.	42.702,84 €
Servizio sociale professionale	Incentivo personale	N.D.	42.269,40 €

## ANALISI CODICI ESENZIONE (CE)

Si rilevano **27.082 CE**, in prevalenza, **diabete mellito e ipertensione con e senza danno d'organo**, i quali rappresentano circa il **50% del totale** dei CE.

Rispetto alla popolazione, l'incidenza degli assistiti con codice esenzione aumenta in relazione alla fascia d'età e si rileva che poco meno di **1 abitante over 65 su 2 ha 1 codice esenzione per patologia**. Rispetto alla Provincia, si rileva una maggiore incidenza per gli over 74. Con riferimento alla distribuzione per genere e fascia di età, risulta una minore incidenza degli assistiti con più di 85 anni rispetto alla media della provincia.

Analisi per Classe Codice Esenzione da NAR			
Classe Codice Esenzione (CE)	N. esenzioni	% tot. Distr.	% cum
Diabete Mellito	4.626	17,1%	17,1%
Ipertensione Arteriosa Con Danno D'Organo	4.609	17,0%	34,1%
Ipertensione Arteriosa (Senza Danno D'Organo)	4.378	16,2%	50,3%
Afezioni Del Sistema Circolatorio (Escluso: 453.0	2.375	8,8%	59,0%
Soggetti Affetti Da Patologie Neoplastiche Malign	2.049	7,6%	66,6%
Ipercolesterolemia Familiare Omozigote E Eterozig	1.432	5,3%	71,9%
Ipotiroidismo Congenito, Ipotiroidismo Acquisito G	1.353	5,0%	76,9%
Asma	859	3,2%	80,1%
...	...	...	...
Altro (58 classi)	5.401	19,9%	100%
<b>Totale Distretto</b>	<b>27.082</b>	<b>100%</b>	
<i>% sul Tot Regione</i>	6,2%		
<b>Totale Provincia</b>	<b>434.354</b>		

Articolando i codici esenzione in base alla tipologia, emerge che:

- **4.199 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per invalidità** (codice "Cnn", "Gnn", "Lnn", "Nnn", "Snn", "Vnn");
- **15.509 assistiti** hanno almeno 1 **codice esenzione per patologia**, di cui 7.871 femmine e 7.638 maschi. **Il 40%** di questi assistiti ha **2 o più codici esenzione** per patologia. Considerando solo i codici esenzione per le 3 principali patologie croniche, **diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO si contano rispettivamente 4.626, 81 e 138 assistiti**;
- **2.049 assistiti** hanno il **codice esenzione "048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne"**, di cui 943 maschi e 1.106 femmine. Non sono presenti informazioni relative alla tipologia di patologia neoplastica maligna;
- **527 assistiti** hanno un **codice esenzione per malattia rara**, di cui 304 femmine e 223 maschi e **84 assistiti hanno meno di 25 anni**. I codici più ricorrenti sono per **"sprue celiaca"** e **"difetti ereditari della coagulazione"**. 9 assistiti hanno 2 diversi codici esenzione per malattia rara;
- **85 assistiti** hanno un codice esenzione in quanto **in attesa o sottoposti a trapianto**, di cui 27 femmine e 58 maschi;
- tra gli altri, vi sono **4 assistiti** con codice esenzione per **donatori d'organo**, **13 assistiti** con codice esenzione **"011 - demenze"**, **25 assistiti** con codice esenzione **"F02 - prestazioni per minori affidati"** e **51 assistiti** con codice esenzione **"014 - dipendenze"**.

## I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR

Nel distretto, sulla base delle informazioni rilevate dai CRIL e dai flussi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono presenti i servizi indicati nella figura. Nella mappa vengono inoltre indicate le 3 nuove case della Comunità che andranno ad essere implementate nel distretto. Si tratta di una casa di Comunità hub, che sarà locata a Carini, e di due case della Comunità spoke, una presso il Comune di Capaci e una presso il Comune di Cinisi. Le ultime due dovranno essere messe in funzione entro il 2022.

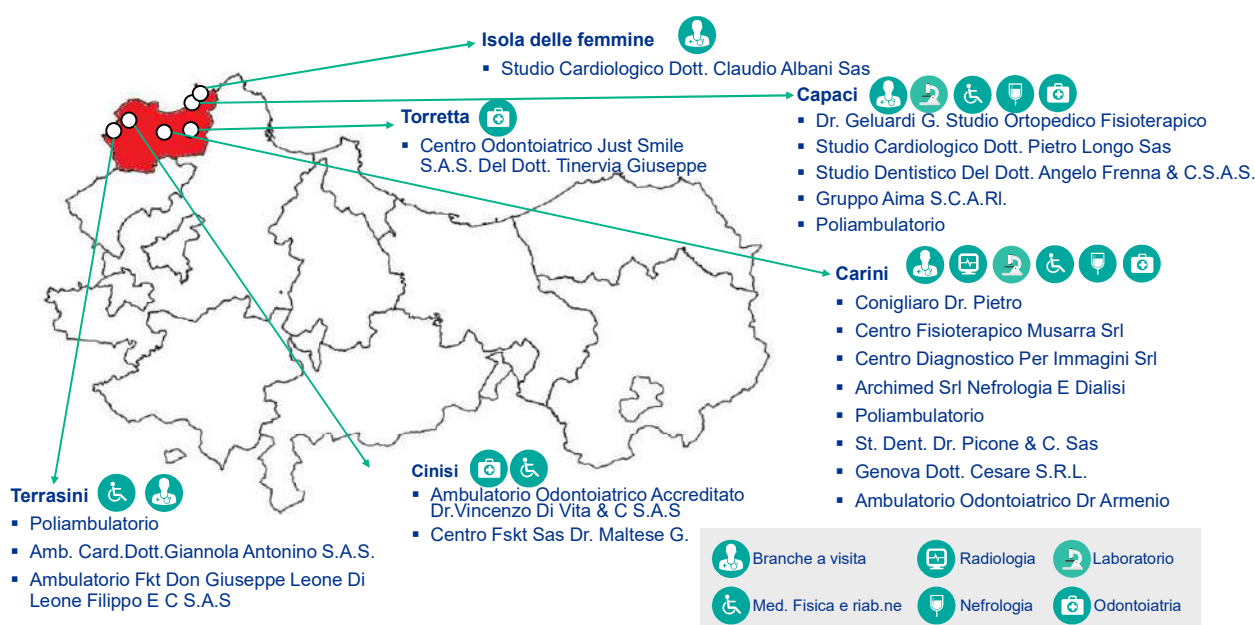


#### LE STRUTTURE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dall'analisi dei flussi di attività C e M relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si rilevano le seguenti strutture di offerta:

- Comune di Carini:
  - Poliambulatorio Carini: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, laboratorio analisi, radiologia, odontoiatria e medicina fisica e riabilitazione;
  - Studio Dentistico Dr. Picone & C. Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Ambulatorio Odontoiatrico Dr. Armenio: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Genova Dott. Cesare S.R.L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Centro Fisioterapico Musarra Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Archimed Srl Nefrologia E Dialisi: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca nefrologia;
  - Conigliaro Dr. Pietro: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Centro Diagnostico Per Immagini Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia.
- Comune di Capaci:
  - Poliambulatorio Capaci: eroga prestazioni afferenti alla branca nefrologia;
  - Dr. Geluardi G. Studio Ortopedico Fisioterapico: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita e a medicina fisica e riabilitazione;
  - Studio Cardiologico Dott. Pietro Longo Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Gruppo Aima S.C.A.Rl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi;
  - Studio Dentistico Del Dott. Angelo Frenna & C. S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Isola delle Femmine:

- Studio Cardiologico Dott. Claudio Albani Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita.
- Comune di Torretta:
  - Centro Odontoiatrico Just Smile S.A.S. Del Dott. Tinervia Giuseppe: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Cinisi:
  - Ambulatorio Odontoiatrico Accreditato Dr. Vincenzo Di Vita & C. S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Centro Fskt Sas Dr. Maltese G: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione.
- Comune di Terrasini:
  - Poliambulatorio Terrasini: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Ambulatorio Fkt Don Giuseppe Leone Di Leone Filippo E C. S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Ambulatorio Cardiologico Dott. Giannola Antonino S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita.



## ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE

La seguente analisi è stata ricavata dall'elaborazione dei dati di cui al flusso SIAD dell'ASP Palermo al 2020.

Nel distretto di Carini nell'anno in esame sono stati presi in carico 975 assistiti, che corrispondono a circa **1,1% della popolazione residente**.

Con riferimento alla **patologia** prevalente che sottende alla presa in carico (tabella di fianco), si rileva che le principali problematiche riscontrate sono **"ulcerazione cronica della cute"**, seguito da **"patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce"** e **"frattura del collo del femore"**. Complessivamente si rilevano **86 diverse diagnosi**.

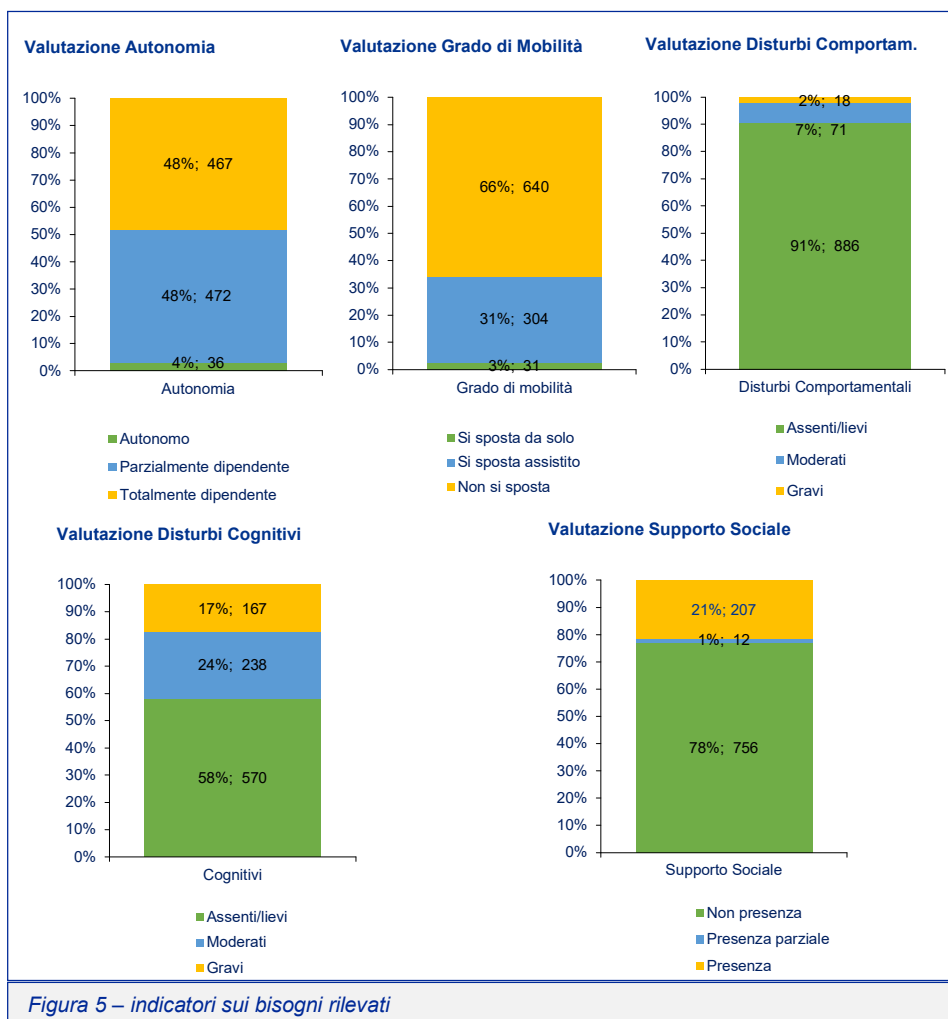
Diagnosi	N.assistiti
Ulcerazione cronica della cute	210
Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	103
Frattura del collo del femore	87
Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	60
Sintomi relativi all'apparato urinario	57
Anemia aplastica e altre sindromi da insufficienza midollare	39
Emiplegia e emiparesi	36
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	27
Altro (77 diagnosi)	356
<b>Totale</b>	<b>975</b>

In media gli assistiti a domicilio hanno circa **75 anni** e per il **53% sono donne**. Analizzando i principali bisogni riscontrati si rileva che:

- il **48%** degli assistiti è **parzialmente autonomo** ed il **48% non è autonomo**;
- circa **4 assistito su 5** presenta **assenza**, totale o parziale di **supporto sociale**;
- **2 assistiti su 3** non si spostano, mentre circa **1 su 3** ha bisogno di assistenza;

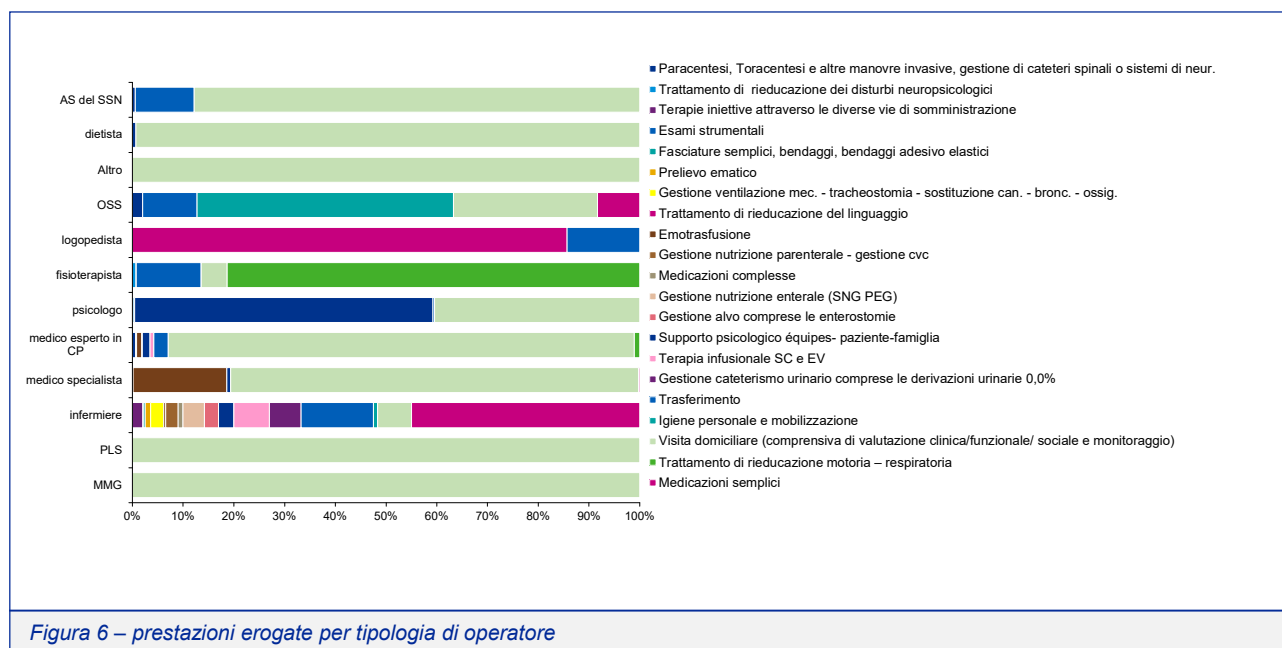


- circa 4 assistiti su 10 presentano disturbi cognitivi e 1 su 10 presenta disturbi comportamentali.



Circa il **80%** degli accessi è fatto da un **infermiere** o da un **fisioterapista** (rispettivamente il 50% ed il 28%). Le prestazioni più frequentemente erogate sono:

- **Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria** (24% del totale prestazioni);
- **Medicazioni semplici** (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post-chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) (23% del totale prestazioni);
- **Visita domiciliare** (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio) (16% del totale prestazioni);
- **Trasferimento** (12% del totale prestazioni);
- **Igiene personale e mobilizzazione** (6% del totale prestazioni).



Inoltre, rispetto agli assistiti a domicilio si segnala che:

- **311 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per patologia**, di cui il **52% ne ha più di 1**. I codici esenzione più ricorrenti sono ipertensione, diabete mellito e affezioni del sistema circolatorio;
- **53 assistiti** hanno il codice esenzione **“048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne”**;
- **9 assistiti** hanno un codice esenzione per **malattia rara**.

## 2.1 FOCUS COMUNE DI CAPACI

### IL TERRITORIO

Il comune di Capaci ha una popolazione di 11.262 abitanti, di cui la **popolazione over 65** rappresenta il **20% del totale**. La popolazione under 14 è pari a 1.777 e rappresenta il 16% del totale.

I **P.O. più vicini** sono il Cervello e Villa Sofia, a **Palermo**, distanti circa 10 minuti in auto.

Tra i comuni che distano meno di 20 minuti di auto da Capaci in cui sono presenti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si segnalano Isola delle Femmine (tempo guida circa 3 minuti), Torretta (tempo guida circa 8 minuti), Carini (tempo guida circa 8 minuti), Cinisi (tempo guida circa 11 minuti), Palermo (tempo guida circa 11 minuti), Terrasini (tempo guida circa 15 minuti), Monreale (tempo guida circa 17 minuti) e Montelepre (tempo guida circa 20 minuti). Tra questi, soltanto Carini, Palermo e Terrasini ospitano strutture pubbliche.

In particolare, Capaci risulta il comune più prossimo in cui insistono strutture di offerta dell’ASP rispetto ad Isola della Femmine e a Torretta, dove sono presenti soltanto privati convenzionati (rispettivamente uno studio cardiologico ed uno odontoiatrico).

Popolazione Capaci (al 1° Gennaio 2022)		
Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	114	1%
01-04 anni	453	4%
05-14 anni	1.210	11%
15-24 anni	1.230	11%
25-44 anni	2.781	25%
45-64 anni	3.189	28%
65-74 anni	1.274	11%
75-84 anni	756	7%
85+ anni	255	2%
<b>Totale</b>	<b>11.262</b>	<b>100%</b>

### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel comune è presente un **poliambulatorio** che, nel biennio analizzato ('19-'20), eroga prestazioni afferenti alla sola branca di **nefrologia**. Sono inoltre presenti **4 privati convenzionati**, che offrono prestazioni delle branche di **odontoiatria, cardiologia, medicina fisica e riabilitazione e laboratorio**.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del comune sono: medicina fisica e riabilitazione (29%), odontostomatologia (19%), cardiologia (12%) e radiologia (10%).

Si evidenzia che gli abitanti di Capaci per usufruire di una prestazione afferente a qualsiasi branca percorrono, in media, non più di 15 minuti in auto.

Complessivamente, il **64% della domanda** è **soddisfatto** da strutture locate **nel distretto**, principalmente presso i comuni di **Capaci** (42%) e **Carini** (17%).

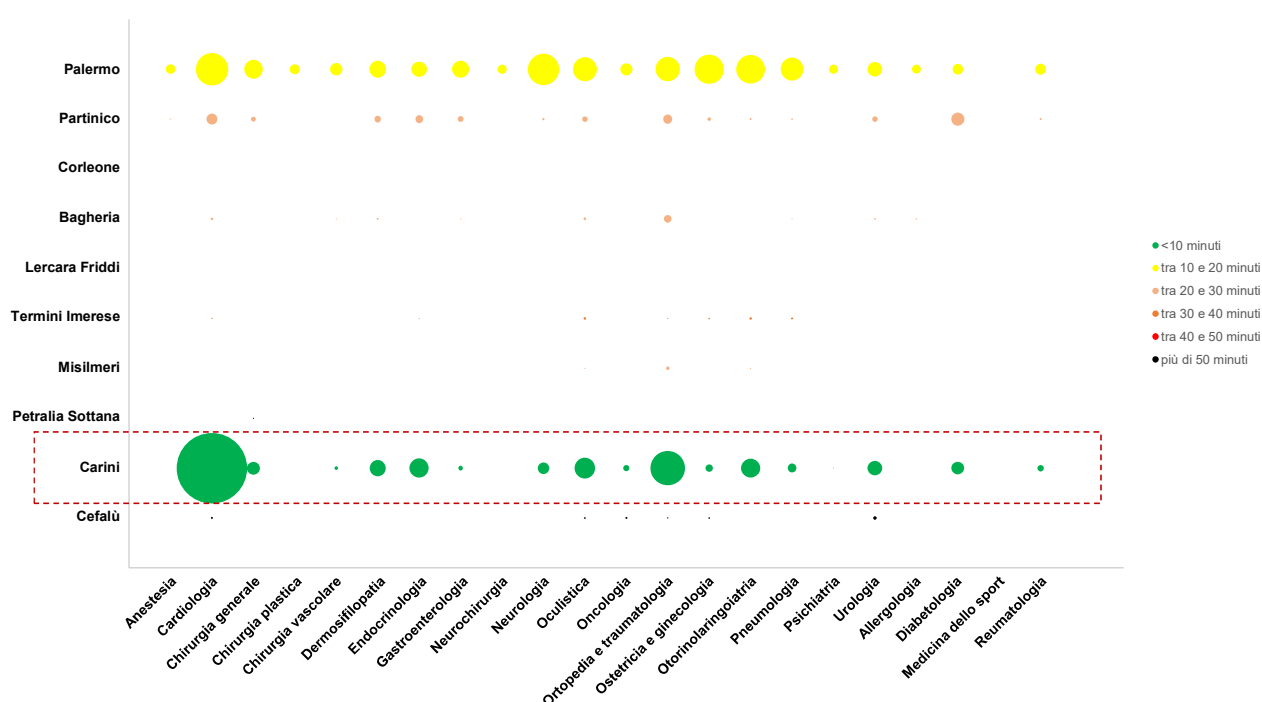
Emerge una **mobilità significativa** (superiore al 40%) per le prestazioni afferenti a **tutte le branche, tranne** quelle di **medicina fisica e riabilitazione** (13%), **cardiologia** (19%), **odontostomatologia** (9%) e **ortopedia** (39%), le quali sono tutte **erogate nel comune di Capaci**. Soltanto queste 4 branche spiegano circa il 75% della domanda, mentre a livello distrettuale le prime tre (escludendo quindi ortopedia) spiegano circa il 80% dell'offerta del distretto.

In generale, la **mobilità fuori distretto si concentra verso** il Comune di **Palermo**, il quale spiega da solo il 32% della domanda.

## MOBILITÀ BRANCHE A VISITA

Le **branche a visita** rappresentano circa il **33% della domanda totale** di prestazioni sanitarie.

Il grafico a bolle sottostante mostra, per ogni branca, il distretto presso il quale vengono erogate le prestazioni. L'ampiezza della bolla indica la numerosità delle prestazioni mentre il colore individua il tempo guida medio necessario per raggiungere il comune in cui sono ubicate le strutture che erogano le prestazioni.



In generale, circa il 50% delle prestazioni è erogato da strutture che insistono nello stesso distretto del comune di Capaci (distretto di Carini). In media, il tempo guida necessario per raggiungere i punti di offerta del distretto è inferiore ai 10 minuti.

Tra i **distretti** maggiormente **attraenti** si segnala **Palermo**, il quale raccoglie circa il 45% delle prestazioni. Il tempo guida medio necessario per raggiungere le strutture ubicate nel distretto di Palermo è compreso tra 10 e 20 minuti.

Considerando le **single branche**, la **mobilità** risulta significativa, anche in relazione al tempo guida, per le prestazioni di **neurologia**, **gastroenterologia**, **ostetricia**, **otorinolaringoiatria**, **pneumologia** e **diabetologia**, le quali sono prevalentemente erogate presso le strutture ubicate nel distretto di Palermo, mentre per diabetologia si segnala una mobilità significativa anche verso Partinico.

Con riferimento alle **strutture** della provincia che spiegano la **mobilità** relativa alle branche a visita, le 6 principali sono il P.O. Cervello (25%), il P.O. Villa Sofia (14%), il Policlinico di Palermo (9%), il Civico di Palermo (6%), il PTA Albanese (5%) e il Poliambulatorio Palermo-Centro (5%).

Inoltre, si evidenzia che il **Cervello** soddisfa il **13% della domanda totale** di branche a visita.

Denominazione	Distretto	N prestazioni	% domanda	% mobilità	Tempo guida (min.)
P.O. V. Cervello	Palermo	2.162	13%	25%	11
P.O. Villa Sofia	Palermo	1.221	7%	14%	11
Az. Osp. Univ. Paolo Giaccone	Palermo	726	4%	9%	11
Ospedale Civico	Palermo	537	3%	6%	11
P.T.A. E. Albanese	Palermo	448	3%	5%	11
Poliambulatorio Pa - Centro	Palermo	429	3%	5%	11

## 2.2 FOCUS COMUNE DI CINISI

### IL TERRITORIO

Il comune di Cinisi ha una popolazione di 11.846 abitanti, di cui la **popolazione over 65** rappresenta il **20% del totale**. La popolazione under 14 è pari a 1.773 e rappresenta il 15% del totale.

I **P.O. più vicini** sono il Civico di **Partinico**, distante circa 15 minuti in auto, il Cervello e Villa Sofia, a **Palermo**, distanti circa 20 minuti.

Tra i comuni che distano meno di 20 minuti di auto da Cinisi in cui sono presenti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si segnalano Terrasini (tempo guida circa 3 minuti), Carini (tempo guida circa 10 minuti), Capaci (tempo guida circa 11 minuti), Isola delle Femmine (tempo guida circa 12 minuti), Partinico (tempo guida circa 12 minuti), Borgetto (tempo guida circa 15 minuti), Balestrate (tempo guida circa 15 minuti), Torretta (tempo guida circa 15 minuti), Montelepre (tempo guida circa 16 minuti) e Palermo (tempo guida circa 20 minuti). Tra questi, Terrasini, Carini, Capaci, Partinico e Palermo ospitano strutture pubbliche.

### Popolazione Cinisi (al 1° Gennaio 2022)

Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	92	1%
01-04 anni	418	4%
05-14 anni	1.263	11%
15-24 anni	1.370	12%
25-44 anni	2.771	23%
45-64 anni	3.512	30%
65-74 anni	1.325	11%
75-84 anni	787	7%
85+ anni	308	3%
<b>Totale</b>	<b>11.846</b>	<b>100%</b>

### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel comune sono presenti **2 privati convenzionati**, eroganti prestazioni afferenti alle branche di **odontoiatria e medicina fisica e riabilitazione**.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del comune sono: medicina fisica e riabilitazione (40%), odontostomatologia (11%), radiologia (11%) e cardiologia (9%).

Si evidenzia che gli abitanti di Cinisi per usufruire di una prestazione afferente a qualsiasi branca percorrono, in media, tra i 5 e i 25 minuti in auto.

Complessivamente, il **58% della domanda** è **soddisfatto** da strutture locate **nel distretto**, principalmente presso i comuni di **Cinisi (43%)**, **Carini (8%)** e **Terrasini (6%)**.

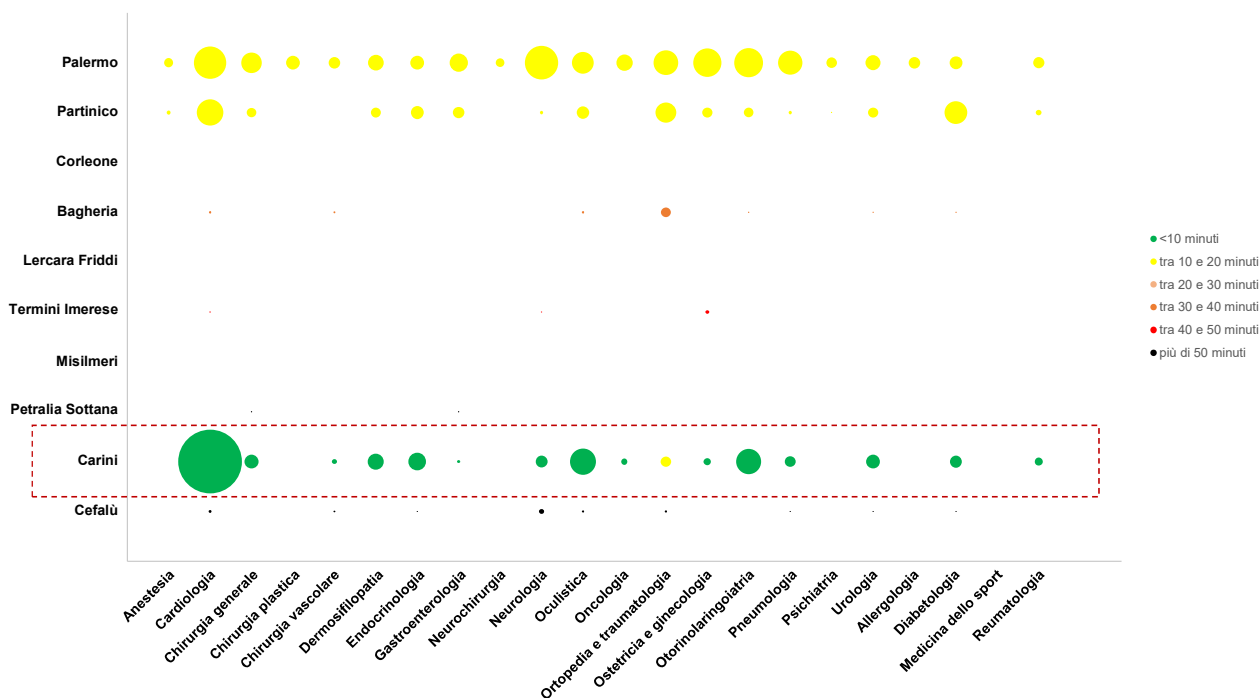
In particolare, emerge una **mobilità significativa** (superiore al 40%) per le prestazioni afferenti a **tutte le branche, tranne** quelle di **medicina fisica e riabilitazione (16%)**, **odontostomatologia (9%)**, entrambe **erogate nel comune di Cinisi**, e **cardiologia (31%)**, erogata nei comuni più prossimi del distretto. Soltanto queste 3 branche spiegano il 60% della domanda.

In generale, la **mobilità fuori distretto si concentra verso** i Comuni di **Palermo** e di **Partinico**, i quali spiegano, rispettivamente, il 30% e il 11% della domanda.

### MOBILITÀ BRANCHE A VISITA

Le **branche a visita** rappresentano circa il **30% della domanda totale** di prestazioni sanitarie.

Il grafico a bolle sottostante mostra, per ogni branca, il distretto presso il quale vengono erogate le prestazioni. L'ampiezza della bolla indica la numerosità delle prestazioni mentre il colore individua il tempo guida medio necessario per raggiungere il comune in cui sono ubicate le strutture che erogano le prestazioni.



In generale, circa il 40% delle prestazioni è erogato da strutture che insistono nello stesso distretto del comune di Cinisi (distretto di Carini). In media, il tempo guida necessario per raggiungere i punti di offerta del distretto è inferiore a 10 minuti, tranne che per ortopedia per la quale il tempo guida è di poco superiore.

Tra i **distretti** maggiormente **attraenti** si segnalano **Palermo** e **Partinico**, i quali raccolgono, rispettivamente, circa il 45% e il 15% delle prestazioni. Il tempo guida medio necessario è compreso tra 10 e 20 minuti per entrambi i distretti.

Considerando le **singole branche**, la **mobilità** risulta significativa, anche in relazione al tempo guida, per le prestazioni di **neurologia**, **dermosifilopatia**, **pneumologia**, **ortopedia**, **otorinolaringoiatria**, **diabetologia** e **gastroenterologia**, le quali sono prevalentemente erogate presso le strutture ubicate nel distretto di Palermo, mentre per diabetologia e ortopedia si segnala una mobilità significativa anche verso Partinico.

Con riferimento alle **strutture** della provincia che spiegano la **mobilità** relativa alle branche a visita, le 6 principali sono il P.O. Cervello (18%), il Civico di Partinico (14%), il P.O. Villa Sofia (10%), il Policlinico di Palermo (10%), il Poliambulatorio di Partinico (7%) e il Civico di Palermo (5%).

Inoltre, si evidenzia che il **Cervello** soddisfa il **11% della domanda totale** di branche a visita.

Denominazione	Distretto	N prestazioni	% domanda	% mobilità	Tempo guida (min.)
P.O. V. Cervello	Palermo	1.079	11%	18%	18
P.O. Civico Partinico	Partinico	833	8%	14%	12
P.O. Villa Sofia	Palermo	632	6%	10%	18
Az. Osp. Univ. Paolo Giaccone	Palermo	593	6%	10%	18
Poliambulatorio - Partinico	Partinico	409	4%	7%	12
Ospedale Civico	Palermo	328	3%	5%	18

## DISTRETTO 35 – PETRALIA SOTTANA

### IL DISTRETTO

Il distretto di Petralia Sottana presenta una popolazione di 24.325 abitanti (circa il 2% della provincia), con una percentuale di **popolazione anziana** del **30,5%** ed una **popolazione under 18** del **12,3%**. In generale, l'età media è di 50 anni, dove il Comune "più giovane" è quello di Castellana Sicula (età media di 48 anni) e quello "più anziano" è il Comune di Blufi (età media di 52 anni).

Analizzando le singole fasce che in base alla normativa vigente sono destinatarie di programmi di screening si segnala che:

- **3.476 donne** con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening mammografico**;
- **6.219 donne** con età target (compresa tra 25 e 64 anni) per **pap test e Hpv Test**;
- **7.232** tra uomini e donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening del carcinoma colon retto**.

Il distretto insiste su un territorio avente una **superficie di 839 km<sup>2</sup>** e una densità di popolazione di 29 ab./km<sup>2</sup>. Complessivamente nel distretto vi sono 10 Comuni e quello di Gangi è quello con più residenti.

Comune	Abitanti	di cui >65 anni	di cui <18 anni	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab./km <sup>2</sup> )
Alimena	1.808	572	218	59,70	30,29
Blufi	919	312	99	21,98	41,81
Bompietro	1.250	410	130	42,41	29,47
Castellana Sicula	3.101	877	418	73,20	42,37
Gangi	6.285	1.905	849	127,46	49,31
Geraci Siculo	1.768	524	207	113,35	15,60
Petralia Soprana	3.046	885	397	56,10	54,29
Petralia Sottana	2.505	769	274	178,34	14,05
Polizzi Generosa	3.016	975	309	134,66	22,40
Scillato	627	191	85	31,70	19,78
<b>Totale</b>	<b>24.325</b>	<b>7.420</b>	<b>2.986</b>	<b>838,90</b>	<b>29,00</b>

### DOMANDA E OFFERTA SOCIALE

Sulla base delle informazioni fornite dal Comune capofila del distretto, Petralia Sottana (nota prot. n. 5855 del 24/05/2022) nel distretto sono promossi interventi di prevenzione in ambito di abbandono scolastico (presso i Comuni di Petralia Sottana e Castellana Sicula), violenza di genere (presso i Comuni di Petralia Soprana, Polizzi Generosa, Gangi, Geraci Siculo e Castellana Sicula), interventi abitativi (presso i Comuni di Petralia Sottana, Petralia Soprana, Polizzi Generosa, Gangi, Bompietro e Castellana Sicula), salute mentale (presso i Comuni di Petralia Sottana, Petralia Soprana, Polizzi Generosa, Gangi, Bompietro, Blufi e Castellana Sicula), accoglienza migranti (presso il Comune di Geraci Siculo) e tutela minori (SED in tutti i Comuni). Inoltre, sono presenti 3 assistenti sociali di ruolo (1 a Gangi, 1 a Petralia Soprana e 1 a Petralia Sottana), 14 farmacie e 25 palestre/luoghi per svolgere attività fisica, distribuiti sul territorio distrettuale.

Sulla base delle informazioni riportate nella relazione sociale di cui all'ultimo Piano di Zona disponibile, relativo al biennio 2019/2020, del distretto di Petralia Sottana, di seguito si riportano gli indicatori della domanda sociale del distretto e le strutture e i servizi offerti per soddisfare tale domanda, suddivisi per ogni area sociale d'intervento.

#### AREA POVERTÀ

Nel 2018 si segnalano 138 richieste di assistenza economica e 6 richieste di sostegno abitativo, mentre c'è 1 sola persona senza fissa dimora. Complessivamente, si segnalano 245 soggetti in condizioni di povertà e disagio economico, equivalenti all'1% della popolazione residente.

Tra i servizi territoriali offerti nel distretto rientrano i segretariati sociali che hanno sede nei Comuni del distretto.

#### AREA ANZIANI

Nel 2018 si segnalano 2 richieste di ricovero presso strutture residenziali o semi-residenziali (Casa di Riposo, RSA, Comunità alloggio, ecc.) e 147 richieste di interventi a carattere domiciliare (97 SAD e 50 ADI).

Nel territorio del distretto sono presenti 9 strutture residenziali per anziani. Tra i servizi offerti dal distretto per soddisfare le esigenze della popolazione anziana rientrano il SAD (Servizio Assistenza Domiciliare), l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), interventi finanziati con i Fondi P.A.C. (Piano di Azione e Coesione) e il Progetto Home Care Premium 2017.

#### AREA DIPENDENZE

Nel 2018 si segnalano 26 utenti in carico ai SERT (Servizi per le Tossicodipendenze), di cui 24 maschi e 2 femmine. Almeno la metà di questi soggetti ha più di una tipologia di dipendenze, infatti il 50% presenta dipendenza da sostanze stupefacenti e il 80% da alcool.

Nel distretto non sono presenti strutture terapeutiche per soggetti affetti da dipendenze, mentre i SERT di riferimento per i residenti del distretto sono quelli di Nicosia e Termini Imerese.

#### AREA DISABILI

Nel 2018 si segnalano 16 richieste di ricovero presso strutture residenziali o semi-residenziali, 20 richieste interventi a carattere domiciliare, mentre il numero di alunni disabili iscritti nelle scuole del distretto è di 15.

Sul territorio del Distretto insistono 3 Comunità Alloggio e 1 gruppo appartamento per disabili. Tra i servizi erogati nel distretto rientra il servizio di inserimento lavorativo per disabili psichici, che nel 2018 ha avuto in carico 20 soggetti.

#### AREA IMMIGRATI

Nel 2018 si segnalano 359 stranieri nel distretto, di cui 130 maschi e 229 femmine, con un'incidenza sulla popolazione del 1,5%. Circa il 13% della popolazione straniera è composta da minori.

Nel distretto sono presenti 2 strutture di accoglienza per stranieri ed è attivo il FAMI (Fondo asilo migrazione e integrazione).

#### AREA MINORI FAMIGLIA

Nel 2018 i minori a carico dei servizi sociali sono 25, mentre riguardo l'abbandono delle scuole dell'obbligo si segnala 1 solo caso.

Per quanto riguarda le strutture presenti nel distretto, si segnalano 3 Comunità alloggio per minori, tutte ubicate nel Comune di Geraci Siculo. Tra i servizi previsti per i soggetti minori rientrano quelli erogati dai 3 Consultori Familiari presenti nel distretto.

#### LE AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2019/2020

Nella tabella seguente sono riportate le azioni previste dal Piano di Zona 2019/2020 del distretto di Petralia Sottana, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni espressi dalla domanda sociale. Sono previste **12 azioni**, per un importo totale di N.D.

Aree d'intervento	Titolo azione	Descrizione	Importo
Anziani Disabili	Assistenza domiciliare	Servizio indirizzato a persone over 75 che necessitano di un sostegno di carattere organizzativo nelle attività di base della vita quotidiana.	N.D.
Anziani	Attività socializzante per Anziani	Azione rivolta alla popolazione attiva ed autosufficiente con una età superiore ai 60 anni. Le attività previste consistono nell'acquisto di abbonamenti unici validi per teatro e cinema da distribuire agli anziani del Distretto.	€ 20.000
Disabili	Metodo di riabilitazione globale a mezzo cavallo	Servizio di riabilitazione equestre indirizzato a soggetti con disabilità di varia entità, ma con un adeguato livello di autonomia, di età compresa tra i 3 e i 20 anni, che prevede come elementi la relazione terapeutica con il cavallo e "l'arte di guidarlo".	€ 20.000
Disabili	A cavallo insieme	Servizio di equitazione ricreativa indirizzato a 24 soggetti con disabilità di varia entità, per una durata di 6 mesi, che prevede il contatto con il cavallo utile a stimolare una serie di abilità intellettive quali la concentrazione, la memoria, la stabilità emotiva e la tranquillità.	€ 20.000
Minori-Famiglia	Campo estivo per minori "sport, cultura e benessere"	Realizzazione di un campo estivo per ragazzi di età compresa tra gli 8 e i 13 anni. Per una settimana verranno proposte discipline sportive, escursioni, attività manipolative, artistico-culturali e didattiche-ricreative.	€ 20.000

Aree d'intervento	Titolo azione	Descrizione	Importo
Minori-Famiglia	Giovani insieme	Azione indirizzata ai giovani di età compresa tra 15 e 29 anni. Ogni Comune del Distretto predisporrà apposito bando per la presentazione di idee progettuali riguardanti tematiche quali ambiente, eventi socio-ricreativi, rilancio di antichi mestieri.	N.D.
Minori-Famiglia	Interventi socioeducativi per minori in difficoltà: SED	Azione rivolta ai minori appartenenti a famiglie multiproblematiche e/o in situazioni di disagio scolastico/sociale. Le attività saranno svolte nelle ore pomeridiane e riguarderanno: - attività di facilitazione dei processi di apprendimento; - attività ludico-ricreativa; - discussioni guidate con i genitori dei bambini; - incontri di monitoraggio con gli insegnanti dei bambini.	N.D.
Disabili	Integrazione sociosanitaria 19 utenti in carico al servizio di salute mentale	Azione indirizzata a 19 soggetti, di età superiore ai 18 anni e residenti nel territorio del Distretto, presi in carico dal Servizio di Salute Mentale, idonei ad esercitare attività lavorativa, i quali saranno impiegati, per non più di 9 ore settimanali, in attività quali: Servizio di salvaguardia e manutenzione del verde pubblico; Collaborazione tecnico-manutentiva a supporto delle attività sociali, turistiche, culturali e ricreative; Vigilanza edifici pubblici.	N.D.
Dipendenze Povertà-Esclusione sociale	Integrazione sociosanitaria 14 utenti in carico al SERT	L'azione si rivolge a 14 soggetti in carico ai SERT, in stato di bisogno o a rischio di emarginazione sociale, i quali potranno essere utilizzati, in ambito del Comune di Residenza e per non più di 9 ore settimanali, in servizi quali: Vigilanza di immobili Comunali, Assistenza e servizi integrativi a favore di persone disabili e/o anziani, Manutenzione ordinaria di strutture Comunali e del verde pubblico.	N.D.
Anziani Disabili	Assistenza domiciliare integrata	Servizio rivolto a soggetti over 65 in condizione di non autosufficienza temporanea o protratta. Le prestazioni di natura socioassistenziale vanno erogate presso il domicilio del soggetto non-autosufficiente contestualmente alle prestazioni di natura sanitaria disposte a seguito di un piano d'intervento personalizzato (PAI).	€ 17.900,90
Servizio sociale professionale	Assistenza tecnica	Inserimento nel Gruppo Piano di una figura professionale con competenze in materia di gestione, rendicontazione, monitoraggio e valutazione degli interventi previsti nel Piano di Zona 2019/2020.	N.D.
Servizio sociale professionale	Istituzione ufficio piano per lavoro permanente distrettuale	Potenziamento della struttura dell'Ufficio Piano che sarà costituita dai referenti Assistenti Sociali segnalati dai nove Comuni del distretto, i quali saranno nominati, dal "Responsabile Unico del Procedimento" per l'attuazione di una o più Azioni previste dal Piano di Zona.	N.D.



## ANALISI CODICI ESENZIONE (CE)

Si rilevano **11.205 CE**, in prevalenza, **ipertensione senza e con danno d'organo e diabete mellito**, i quali rappresentano oltre il **50% del totale** dei CE.

Rispetto alla popolazione, l'incidenza degli assistiti con codice esenzione aumenta in relazione alla fascia d'età e si rileva che poco meno di **1 abitante over 65 su 2 ha 1 codice esenzione per patologia**. Rispetto alla Provincia, si rileva una maggiore incidenza degli assistiti con età compresa tra 65 e 74 anni e per gli over 85. Non si rilevano differenze in termini di genere.

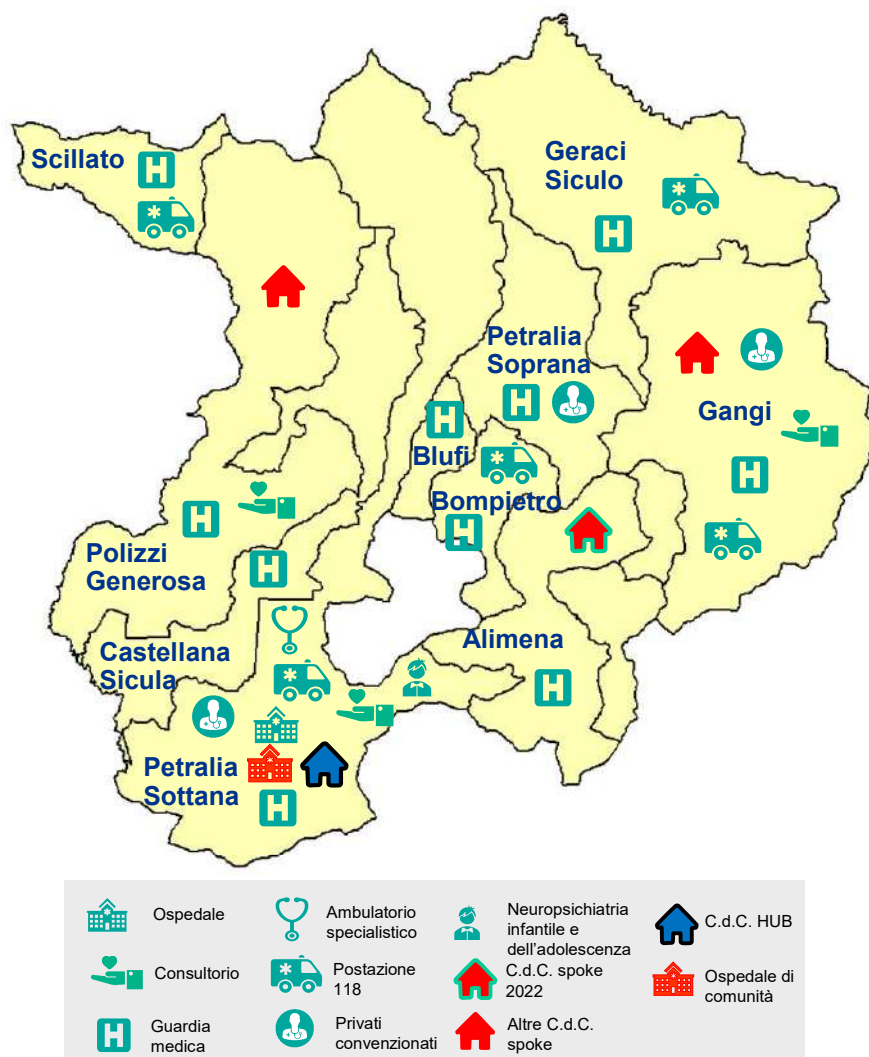
Articolando i codici esenzione in base alla tipologia, emerge che:

- **1.835 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per invalidità** (codice "Cnn", "Gnn", "Lnn", "Nnn", "Snn", "Vnn");
- **6.309 assistiti** hanno almeno **1 codice esenzione per patologia**, di cui 3.519 femmine e 2.790 maschi. **Poco meno della metà** di questi assistiti ha **2 o più codici esenzione per patologia**. Considerando solo i codici esenzione per le 3 principali patologie croniche, **diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO si contano rispettivamente 1.476, 34 e 51 assistiti**;
- **506 assistiti** hanno il **codice esenzione "048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne"**, di cui 263 maschi e 243 femmine. Non sono presenti informazioni relative alla tipologia di patologia neoplastica maligna;
- **115 assistiti** hanno un **codice esenzione per malattia rara**, di cui 51 femmine e 64 maschi e **24 assistiti hanno meno di 25 anni**. Il codice più ricorrente è per "**cheratocono**". 6 assistiti hanno 2 diversi codici esenzione per malattia rara;
- **27 assistiti** hanno un codice esenzione in quanto **in attesa o sottoposti a trapianto**, di cui 10 femmine e 17 maschi;
- tra gli altri, vi sono **2 assistiti** con codice esenzione per **donatori d'organo**, **5 assistiti** con codice esenzione "**011 - demenze**", **12 assistiti** con codice esenzione "**F02 - prestazioni per minori affidati**" e **9 assistiti** con codice esenzione "**014 - dipendenze**".

Analisi per Classe Codice Esenzione da NAR			
Classe Codice Esenzione (CE)	N. esenzioni	% tot. Distr.	% cum
Ipertensione Arteriosa Con Danno D'Organo	2.201	19,6%	19,6%
Ipertensione Arteriosa (Senza Danno D'Organo)	2.018	18,0%	37,7%
Diabete Mellito	1.476	13,2%	50,8%
Affezioni Del Sistema Circolatorio (Escluso: 453.0	1.397	12,5%	63,3%
Ipotiroidismo Congenito, Ipotiroidismo Acquisito G	642	5,7%	69,0%
Ipercolesterolemia Familiare Omozigote E Eterozig	590	5,3%	74,3%
Soggetti Affetti Da Patologie Neoplastiche Malign	506	4,5%	78,8%
Asma	353	3,2%	82,0%
...	...	...	...
Altro (57 classi)	2.022	18,0%	100%
<b>Totale Distretto</b>	<b>11.205</b>	<b>100%</b>	
<i>% sul Tot Regione</i>	2,6%		
<b>Totale Provincia</b>	<b>434.354</b>		

## I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR

Nel distretto, sulla base delle informazioni rilevate dai CRIL e dai flussi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono presenti i servizi indicati nella figura. Nella mappa vengono inoltre indicate le 4 nuove case della Comunità che andranno ad essere implementate nel distretto. Si tratta di una casa di Comunità hub a Petralia Sottana e di tre case della Comunità spoke, una presso il Comune di Polizzi Generosa, una presso il Comune di Gangi ed una presso il Comune di Alimena, che dovrà essere messa in funzione entro il 2022.



#### LE STRUTTURE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dall'analisi dei flussi di attività C e M relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si rilevano le seguenti strutture di offerta:

- Comune di Petralia Sottana:
  - PTA Petralia Sottana: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Ambulatorio del P.O Madonna dell'Alto: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio di analisi e a radiologia;
  - Ambulatorio Odontoiatrico Dott.ssa Nutricato Maria Grazia E C Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Gangi:
  - Lab Dr.Davide F.To Sgoi E C. S.A.S.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio di analisi.
- Comune di Petralia Soprana:
  - Il Triangolo Della Salute Di Di Gangi L. E Sas.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca nefrologia;
  - Diaverum Italia S.R.L.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione.



### ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE

La seguente analisi è stata ricavata dall'elaborazione dei dati di cui al flusso SIAD dell'ASP Palermo al 2020. Nel distretto di Petralia nell'anno in esame sono stati presi in carico 453 assistiti, che corrispondono a circa il **2% della popolazione residente**.

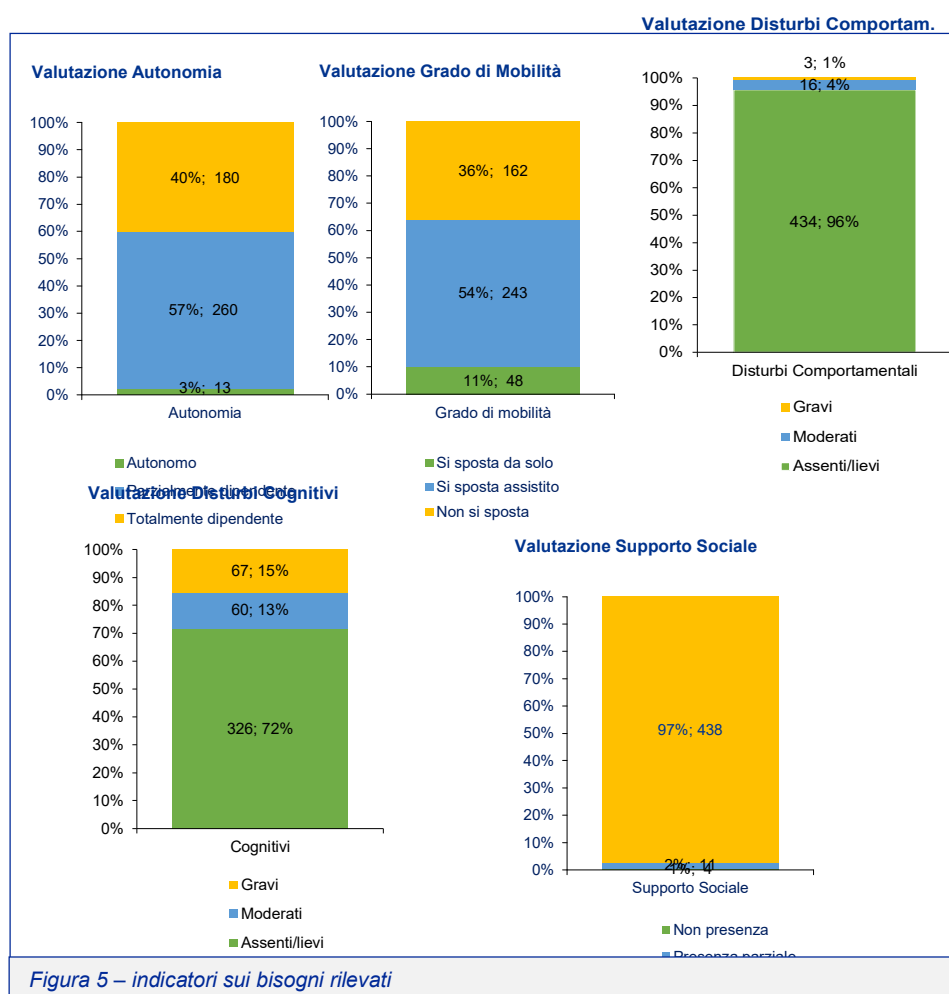
Con riferimento alla **patologia** prevalente che sottende alla presa in carico (tabella di fianco), si rileva che le principali problematiche riscontrate sono "**patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce**", seguito da "**ulcerazione cronica della cute**" e "**postumi delle malattie cerebrovascolari**". Complessivamente si rilevano **64 diverse diagnosi**.

In media gli assistiti a domicilio hanno circa **78 anni** e per il **60% sono donne**. Analizzando i principali bisogni riscontrati si rileva che:

- il **60%** degli assistiti è **parzialmente autonomo** ed il **38% non è autonomo**;
- solo **3 assistiti su 100** presentano **assenza**, totale o parziale di **supporto sociale**;
- appena 1 assistito su 10** è in grado di **spostarsi in modo autonomo**;

Diagnosi	N.assistiti
Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	72
Ulcerazione cronica della cute	54
Postumi delle malattie cerebrovascolari	49
Frattura del collo del femore	36
Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	28
Altre anemie da carenza	24
Morbo di Parkinson	19
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	11
Altro (56 diagnosi)	160
<b>Totale</b>	<b>453</b>

- circa 3 assistiti su 10 hanno disturbi cognitivi e 1 su 20 presenta disturbi comportamentali.



Il 90% degli accessi è fatto da un infermiere o da un fisioterapista (rispettivamente il 55% ed il 32%). Le prestazioni più frequentemente erogate sono:

- **Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria** (31% del totale prestazioni);
- **Medicazioni semplici** (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post-chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) (20% del totale prestazioni);
- **Visita domiciliare** (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio) (12% del totale prestazioni);
- **Trasferimento** (7%);
- **Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie** (6% del totale prestazioni).

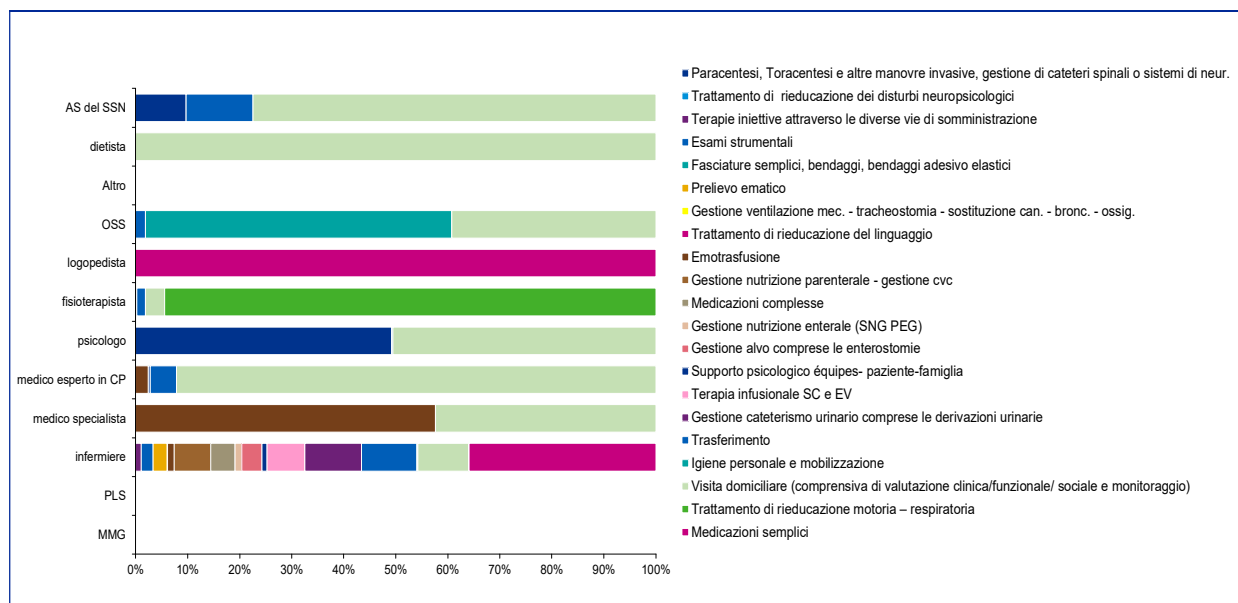


Figura 6 – prestazioni erogate per tipologia di operatore

Inoltre, rispetto agli assistiti a domicilio si segnala che:

- **152 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per patologia**, di cui il **56% ne ha più di 1**. I codici esenzione più ricorrenti sono ipertensione, diabete mellito e affezioni del sistema circolatorio;
- **14 assistiti** hanno il codice esenzione **“048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne”**;
- **3 assistiti** hanno un codice esenzione per **malattia rara**.

### 3.1 FOCUS COMUNE DI ALIMENA

#### IL TERRITORIO

Con riferimento al Comune di Alimena, si osserva una popolazione complessiva pari a **1.808 abitanti**, di cui il **32%** ha **più di 65 anni**. La popolazione under 14 è pari a 178 e rappresenta il 10% del totale.

**Il P.O. più vicino**, quello di **Petralia Sottana**, dista circa 20 minuti in auto. Tra i comuni che distano meno di 20 minuti di auto ed in cui sono presenti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si segnalano Petralia Soprana (tempo guida circa 17 minuti) e Petralia Sottana (tempo guida circa 20 minuti).

Tra i comuni della provincia di Palermo che sono maggiormente vicini al comune di Alimena si riportano: Bompietro (tempo guida circa 9 minuti), Blufi (tempo guida circa 12 minuti) e Resuttano (tempo guida circa 10 minuti), sebbene quest'ultimo afferisca all'ASP di Caltanissetta. **Rispetto a tali Comuni, Alimena rappresenterà il comune più prossimo in cui insistono strutture di offerta dell'ASP o strutture private convenzionate**, quando entrerà in funzione la Casa della Comunità spoke prevista.

Popolazione Alimena (al 1° Gennaio 2022)		
Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	14	1%
01-04 anni	50	3%
05-14 anni	114	6%
15-24 anni	171	9%
25-44 anni	361	20%
45-64 anni	526	29%
65-74 anni	258	14%
75-84 anni	206	11%
85+ anni	108	6%
<b>Totale</b>	<b>1.808</b>	<b>100%</b>

#### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel comune non sono presenti strutture né pubbliche né private convenzionate.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del comune sono: medicina fisica e riabilitazione (17%), radiologia (14%), nefrologia (12%) e cardiologia (9%).

Complessivamente, il 71% della domanda complessiva è soddisfatta da strutture locate nel distretto, in particolare presso i comuni di **Petralia Sottana** (48%) e di **Petralia Soprana** (24%). Presso quest'ultimo è soddisfatta gran parte della domanda relativa alle branche di medicina fisica e riabilitazione e di nefrologia, le quali sono le uniche branche erogate a Petralia Soprana.

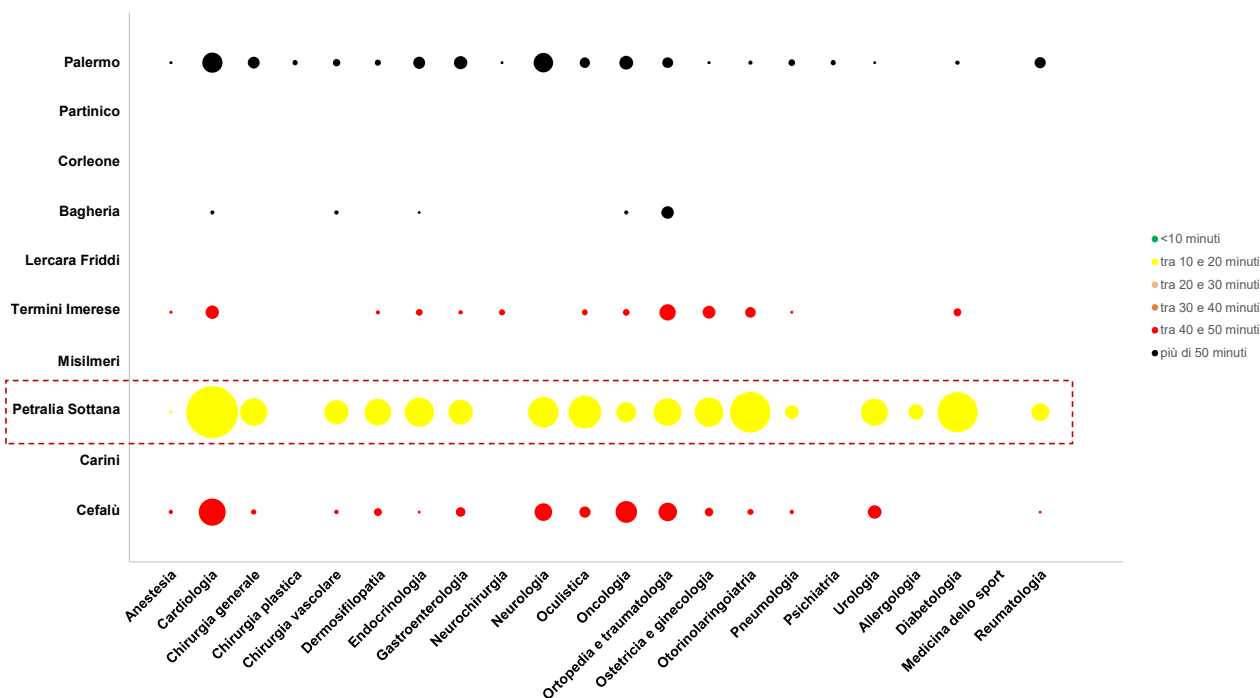
Tra le branche per le quali la **mobilità verso altri distretti** risulta rilevante figurano **neurologia** (49%), **cardiologia** (36%), **ortopedia** (56%), **radiologia** (43%) e **oculistica** (40%). Rispetto a tali branche, il tempo guida medio è pari a circa **30 minuti**, in linea con il tempo guida medio rilevato. In particolare, per ortopedia e neurologia gli assistiti residenti ad Aliminusa impiegano circa 5 minuti in più rispetto al tempo guida medio.

In generale, la **mobilità fuori distretto si concentra verso** i comuni di **Palermo** e **Cefalù**, i quali spiegano, rispettivamente, il 8% e il 7% della domanda totale.

#### MOBILITÀ BRANCHE A VISITA

Le **branche a visita** rappresentano circa il **43% della domanda totale** di prestazioni sanitarie.

Il grafico a bolle sottostante mostra, per ogni branca, il distretto presso il quale vengono erogate le prestazioni. L'ampiezza della bolla indica la numerosità delle prestazioni mentre il colore individua il tempo guida medio necessario per raggiungere il comune in cui sono ubicate le strutture che erogano le prestazioni.



In generale, la maggior parte delle prestazioni, circa il 66%, è erogata da strutture che insistono nello stesso distretto del comune di Alimena (distretto di Petralia Sottana). In media, il tempo guida necessario per raggiungere i punti di offerta del distretto è compreso tra 10 e 20 minuti.

Tra i **distretti** maggiormente **attrattivi** si segnalano **Cefalù** e **Palermo**, i quali raccolgono, rispettivamente, circa il 11% e il 9% delle prestazioni. Il tempo guida medio necessario è compreso tra 30 e 40 minuti per Cefalù ed è maggiore di 50 minuti per Palermo. Si evidenzia, inoltre, che circa il 10% delle prestazioni afferenti alle branche a visita è erogato fuori provincia.

Considerando le **singole branche**, la **mobilità** risulta significativa, anche in relazione al tempo guida, per le prestazioni di **ortopedia**, **oncologia** e **neurologia**, le quali sono prevalentemente erogate presso le strutture ubicate nel distretto di Cefalù. In particolare, per ortopedia e per neurologia si nota una mobilità significativa anche verso, rispettivamente, Termini Imerese e Palermo.

Con riferimento alle **strutture** che spiegano la **mobilità** relativa alle branche a visita, le 6 principali sono la Fondazione Giglio di Cefalù (29%), il P.O. di Enna (10%), il P.O. di Caltanissetta (8%), il Poliambulatorio di Termini Imerese (7%), il P.O. Villa Sofia di Palermo (6%) e il P.O. San Cimino di Termini Imerese (5%).

Inoltre, si evidenzia che il **Giglio** soddisfa il **10% della domanda totale** di branche a visita.

Denominazione	Distretto	N prestazioni	% domanda	% mobilità	Tempo guida (min.)
Fond.Ne Istituto Giglio	Cefalù	251	10%	29%	43
Poliambulatorio P. O. 'Umberto Ià <sup>o</sup> - Enna	Enna	84	3%	10%	33
Amb. P.O. Sant'Elia (Ex Ao)	Caltanissetta	70	3%	8%	30
Poliambulatorio - Termini I.	Termini Imerese	62	2%	7%	41
P.O. Villa Sofia	Palermo	49	2%	6%	61
Ambulatorio P.O. S. Cimino	Termini Imerese	46	2%	5%	41

## DISTRETTO 36 - MISILMERI

### IL DISTRETTO

Il distretto di Misilmeri presenta una popolazione di 54.480 abitanti (circa il 5% della provincia), con una percentuale di **popolazione anziana** del **21,2%** ed una **popolazione under 18** del **18,2%**. In generale, l'età media è di 43 anni, dove il Comune "più giovane" è quello di Misilmeri (età media di 41 anni) e quello "più anziano" è il Comune di Ciminna (età media di 47 anni).

Analizzando le singole fasce che in base alla normativa vigente sono destinatarie di programmi di screening si segnala che:

- **7.289 donne** con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening mammografico**;
- **14.545 donne** con età target (compresa tra 25 e 64 anni) per **pap test e Hpv Test**;
- **14.419** tra uomini e donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening del carcinoma colon retto**.

Il distretto insiste su un territorio avente una **superficie di 397 km<sup>2</sup>** e una densità di popolazione di 137 ab./km<sup>2</sup>. Complessivamente nel distretto vi sono 11 Comuni e quello di Misilmeri è quello con più residenti.

Comune	Abitanti	di cui >65 anni	di cui <18 anni	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab./km <sup>2</sup> )
Baucina	1.842	490	308	24,47	75,27
Bolognetta	4.042	884	737	27,63	146,32
Campofelice di Fitalia	473	123	72	35,46	13,34
Cefalà Diana	995	226	162	9,06	109,83
Ciminna	3.485	990	507	56,42	61,77
Godrano	1.087	251	175	39,20	27,73
Marineo	6.287	1.445	1.035	33,22	189,24
Mezzojuso	2.713	683	426	49,25	55,08
Misilmeri	28.589	5.180	5.707	69,49	411,42
Ventimiglia di Sicilia	1.825	471	263	26,90	67,84
Villafraati	3.142	815	519	25,64	122,52
<b>Totale</b>	<b>54.480</b>	<b>11.558</b>	<b>9.911</b>	<b>396,74</b>	<b>137,32</b>

### DOMANDA E OFFERTA SOCIALE

Sulla base delle informazioni riportate nella relazione sociale di cui all'ultimo Piano di Zona disponibile, relativo al biennio 2019/2020, del distretto di Misilmeri, di seguito si riportano gli indicatori della domanda sociale del distretto e le strutture e i servizi offerti per soddisfare tale domanda, suddivisi per ogni area sociale d'intervento.

#### AREA DISABILI

Nel 2018 si segnalano 47 richieste di ricovero presso strutture residenziali o semi-residenziali, 77 richieste di interventi a carattere domiciliare, mentre il numero di alunni disabili iscritti nelle scuole del distretto è di 215.

Sul territorio del Distretto insistono 2 strutture residenziali (a Mezzojuso e a Villafraati) e una semiresidenziale (a Misilmeri) per disabili. Tra i servizi erogati dalle strutture dell'ASP del distretto ci sono il SAD, l'ADI, l'assistenza disabili a scuola, il servizio trasporto, la Neuropsichiatria Infantile e il Centro di Salute Mentale, il quale ha in carico 988 pazienti.

#### AREA IMMIGRATI

Nel 2018 si segnala che il numero di stranieri presenti nel distretto ha un'incidenza sulla popolazione dell'1,27%. Nel distretto sono presenti 5 strutture di accoglienza per migranti, 2 a Bolognetta, 1 a Godrano, 1 a Marineo e 1 a Villafraati.



## AREA MINORI E FAMIGLIA

Nel 2018 vi erano 250 minori presi in carico dai servizi sociali. In tale anno, inoltre, si rilevano 2 casi di abbandono delle scuole dell'obbligo e 4 casi di violenza sui minori.

Con riferimento all'offerta sociale presente nel territorio e relativa all'area in esame, si segnalano 6 Comunità alloggio per minori e 3 Centri di aggregazione. Tra i servizi previsti dall'ASP per i soggetti minori rientrano l'Educativa di Strada e i Consultori Familiari.

### LE AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2019/2020

Nella tabella seguente sono riportate le azioni previste dal Piano di Zona 2019/2020 del distretto di Misilmeri, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni espressi dalla domanda sociale. Sono previste **4 azioni**, per un importo totale di **765.441 €**.

Aree d'intervento	Titolo azione	Descrizione	Importo
Minori-Famiglia Disabili	Progetti individuali in favore di soggetti disabili ex art. 14 L.328/2000	Contributo economico rivolto alle famiglie con minori disabili per acquistare prestazioni socializzanti e prestazioni educative presso Enti fornitori accreditati dal Distretto.	451.066,40 €
Minori-Famiglia	Educativa di Comunità – Strada facendo	Servizi che mirano alla partecipazione attiva dei minori tra i 12 e i 17 anni ad attività, quali gare e manifestazioni sportive, artistiche, culturali, ecc. organizzate da operatori attivi nell'associazionismo locale.	284.408,08 €
Servizio sociale professionale	Assistenza tecnica	La selezione di una risorsa che dovrà prestare assistenza in materia di appalti, formazione e rendicontazione, oltre che per l'implementazione di una piattaforma informatica.	13.941,00 €
Servizio sociale professionale	Incentivo personale Comunale	Stanziamiento di fondi per premiare l'operato del personale impegnato nella definizione e nell'attuazione del Piano di Zona, in proporzione alle ore da essi dedicate alla realizzazione del Piano e alla qualità del lavoro svolto.	16.026,00 €

### ANALISI CODICI ESENZIONE (CE)

Si rilevano **18.822 CE**, in prevalenza, **diabete mellito e ipertensione con e senza danno d'organo**, i quali rappresentano il **47% del totale** dei CE.

Rispetto alla popolazione, l'incidenza degli assistiti con codice esenzione aumenta in relazione alla fascia d'età e si rileva che **circa 2 abitanti over 65 su 5 hanno 1 codice esenzione per patologia**. Rispetto alla Provincia, si rileva una minore incidenza degli assistiti over 65. Non si rilevano differenze in termini di genere.

Articolando i codici esenzione in base alla tipologia, emerge che:

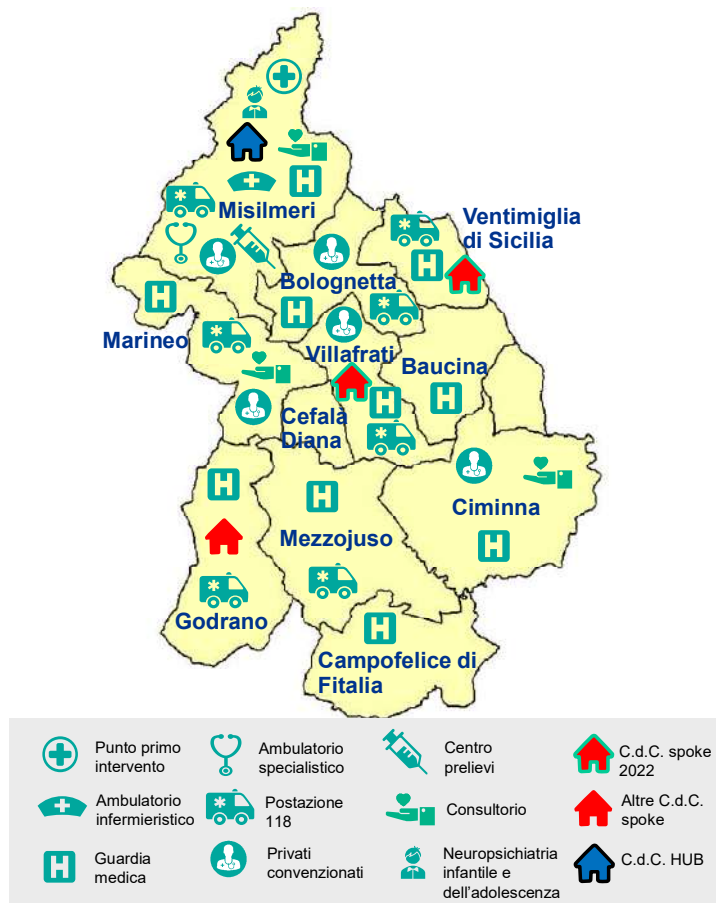
- **3.111 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per invalidità** (codice "Cnn", "Gnn", "Lnn", "Nnn", "Snn", "Vnn");
- **10.618 assistiti** hanno almeno **1 codice esenzione per patologia**, di cui 5.513 femmine e 5.105 maschi. **Circa il 40%** di questi assistiti ha **2 o più codici esenzione** per patologia. Considerando solo i codici esenzione per le 3 principali patologie croniche, **diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO si contano rispettivamente 3.160, 69 e 52 assistiti**;

Analisi per Classe Codice Esenzione da NAR			
Classe Codice Esenzione (CE)	N. esenzioni	% tot. Distr.	% cum
Iperensione Arteriosa (Senza Danno D'Organo)	3.189	16,9%	16,9%
Diabete Mellito	3.160	16,8%	33,7%
Iperensione Arteriosa Con Danno D'Organo	2.579	13,7%	47,4%
Affezioni Del Sistema Circolatorio (Escluso: 453.0)	2.005	10,7%	58,1%
Soggetti Affetti Da Patologie Neoplastiche Malign	1.278	6,8%	64,9%
Ipercolesterolemia Familiare Omozigote E Eterozig	1.224	6,5%	71,4%
Ipotiroidismo Congenito, Ipotiroidismo Acquisito G	909	4,8%	76,2%
Asma	729	3,9%	80,1%
...	...	...	...
Altro (56 classi)	3.749	19,9%	100%
<b>Totale Distretto</b>	<b>18.822</b>	<b>100%</b>	
<b>% sul Tot Regione</b>	<b>4,3%</b>		
<b>Totale Provincia</b>	<b>434.354</b>		

- **1.278 assistiti** hanno il **codice esenzione “048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne”**, di cui 531 maschi e 747 femmine. Non sono presenti informazioni relative alla tipologia di patologia neoplastica maligna;
- **337 assistiti** hanno un **codice esenzione per malattia rara**, di cui 168 femmine e 169 maschi e **57 assistiti hanno meno di 25 anni**. I codici più ricorrenti sono per **“sprue celiaca”** e **“difetti ereditari della coagulazione”**. 8 assistiti hanno 2 diversi codici esenzione per malattia rara;
- **67 assistiti** hanno un codice esenzione in quanto **in attesa o sottoposti a trapianto**, di cui 21 femmine e 46 maschi;
- tra gli altri, vi sono **2 assistiti** con codice esenzione per **donatori d’organo**, **17 assistiti** con codice esenzione **“011 - demenze”**, **4 assistiti** con codice esenzione **“F02 - prestazioni per minori affidati”** e **30 assistiti** con codice esenzione **“014 - dipendenze”**.

## I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR

Nel distretto, sulla base delle informazioni rilevate dai CRIL e dai flussi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono presenti i servizi indicati nella figura. Nella mappa vengono inoltre indicate le nuove case della Comunità che andranno ad essere implementate nel distretto. Si tratta di una casa della Comunità hub, presso il Comune di Misilmeri, e di tre case della Comunità spoke, una presso il Comune di Godrano, una presso il Comune di Ventimiglia di Sicilia ed una presso il Comune di Villafrati. Le ultime due dovranno essere messe in funzione entro il 2022.

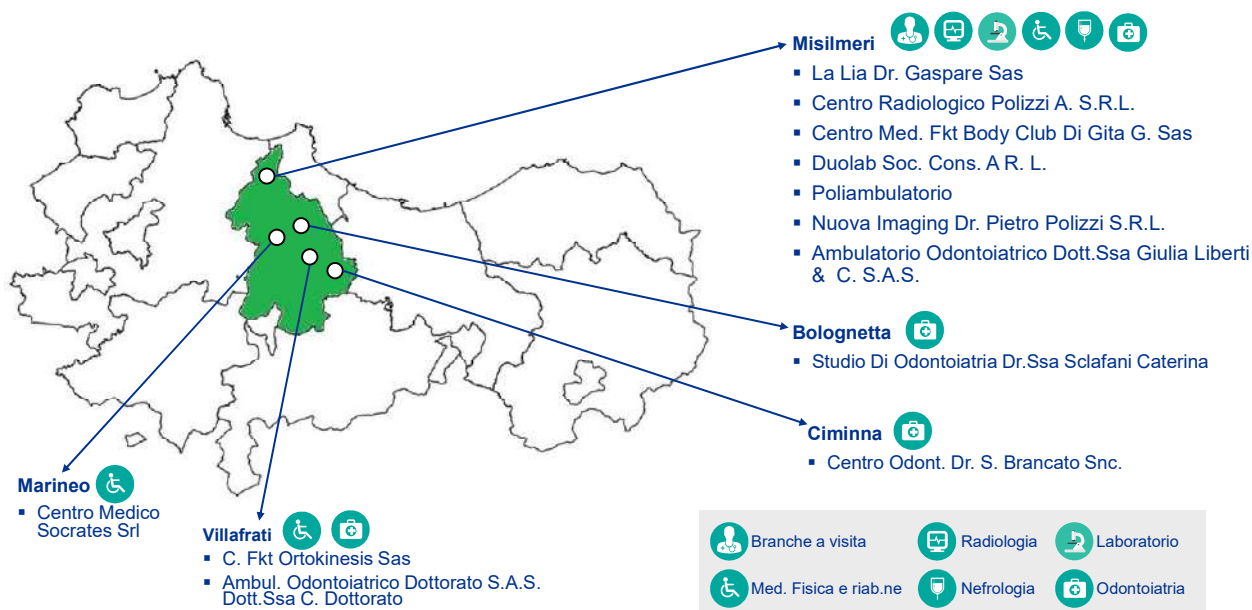


## LE STRUTTURE DELL’OFFERTA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dall’analisi dei flussi di attività C e M relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si rilevano le seguenti strutture di offerta:

- Comune di Misilmeri:
  - Poliambulatorio Misilmeri: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, nefrologia, radiologia, odontoiatria e medicina fisica e riabilitazione;

- La Lia Dr. Gaspare Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio di analisi;
- Duolab Soc. Cons. A R. L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio di analisi;
- Ambulatorio Odontoiatrico Dott.Ssa Giulia Liberti & C. S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
- Centro Medico Fkt Body Club Di Gita G. Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
- Centro Radiologico Polizzi A. S.R.L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia;
- Nuova Imaging Dr. Pietro Polizzi S.R.L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia.
- Comune di Bolognetta:
  - Studio Di Odontoiatria Dr.Ssa Sclafani Caterina: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Ciminna:
  - Centro Odontoiatrico Dr. S. Brancato Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Marineo:
  - Centro Medico Socrates Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione.
- Comune di Villafrati:
  - Centro Fkt Ortokinesis Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Ambulatorio Odontoiatrico Dottorato S.A.S. Dott.Ssa C. Dottorato: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.



## ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE

La seguente analisi è stata ricavata dall'elaborazione dei dati di cui al flusso SIAD dell'ASP Palermo al 2020.

Nel distretto di Misilmeri nell'anno in esame sono stati presi in carico 714 assistiti, che corrispondono a circa il **1,3% della popolazione residente**.

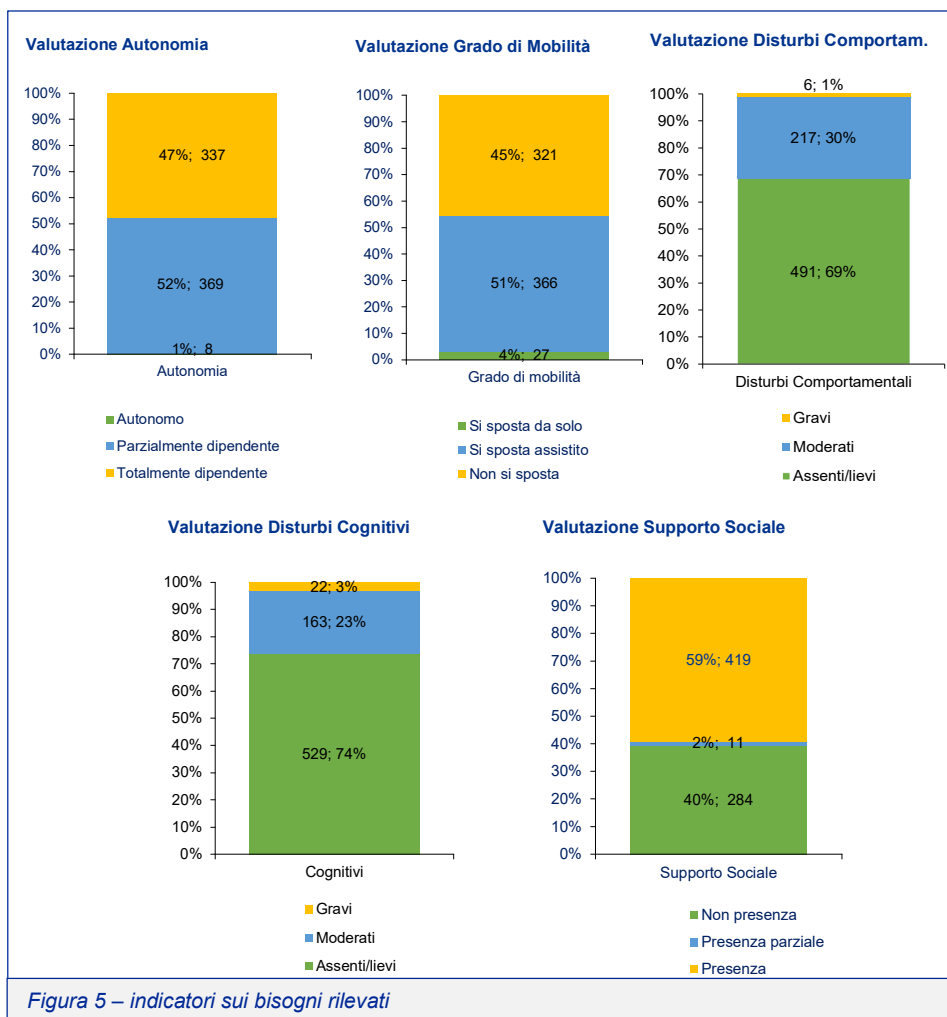
Con riferimento alla **patologia** prevalente che sottende alla presa in carico (tabella di fianco), si rileva che le principali problematiche riscontrate sono **"ulcerazione cronica della cute"**,

Diagnosi	N.assistiti
Ulcerazione cronica della cute	172
Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	78
Frattura del collo del femore	73
Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	47
Altre anemie da carenza	27
Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori	26
Tumori maligni del colon	24
Collocazione e sistemazione di altri dispositivi	22
Altro (63 diagnosi)	245
<b>Totale</b>	<b>714</b>

seguito da “organo o tessuto sostituito con altri mezzi” e “frattura del collo del femore”. Complessivamente si rilevano **71 diverse diagnosi**.

In media gli assistiti a domicilio hanno circa **76 anni** e per il **58% sono donne**. Analizzando i principali bisogni riscontrati si rileva che:

- il **52%** degli assistiti è **parzialmente autonomo** ed il **47%** non è autonomo;
- **4 assistiti su 10** presentano **assenza di supporto sociale**;
- circa **4 assistiti su 10** non si spostano, mentre **5 su 10** hanno bisogno di assistenza;
- circa **1 assistito su 4** presenta **disturbi cognitivi** e **3 su 10** presentano **disturbi comportamentali**



Il **90% degli accessi** è fatto da un **infermiere** o da un **fisioterapista** (rispettivamente il 61% ed il 27%). Le **prestazioni più frequentemente erogate** sono:

- **Medicazioni semplici** (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post-chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) (35% del totale prestazioni);
- **Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria** (25% del totale prestazioni);
- **Visita domiciliare** (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio) (11% del totale prestazioni)
- **Trasferimento** (7%);
- **Supporto psicologico équipes-paziente-famiglia** (5% del totale prestazioni).

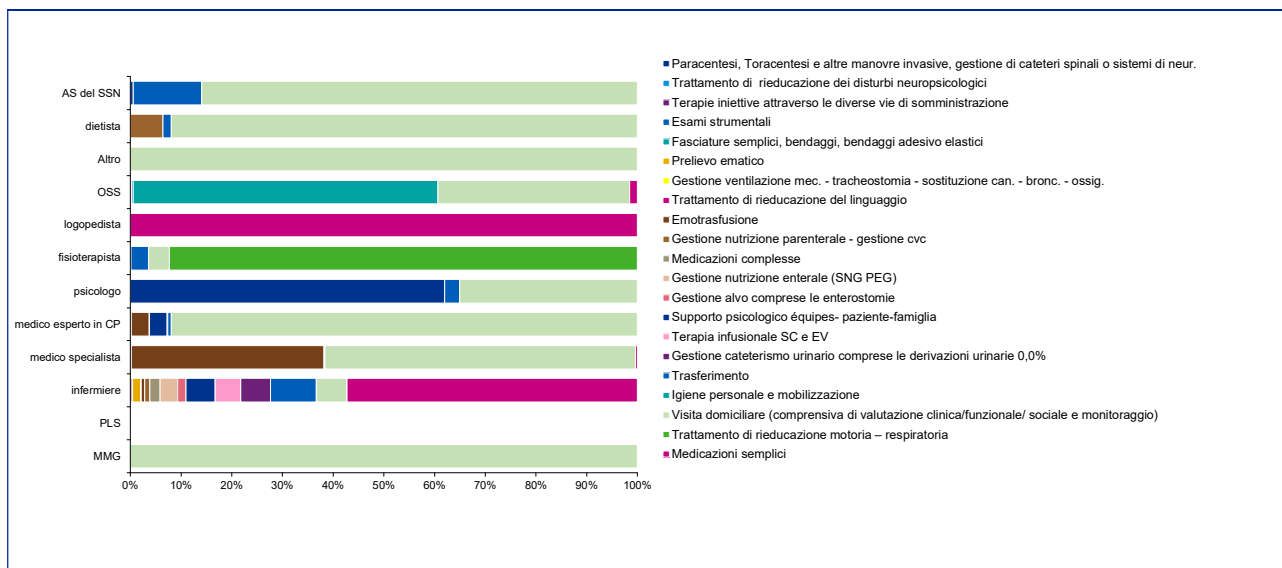


Figura 6 – prestazioni erogate per tipologia di operatore

Inoltre, rispetto agli assistiti a domicilio si segnala che:

- **248 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per patologia**, di cui il **50% ne ha più di 1**. I codici esenzione più ricorrenti sono diabete mellito, ipertensione e affezioni del sistema circolatorio;
- **50 assistiti** hanno il codice esenzione **“048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne”**;
- **6 assistiti** hanno un codice esenzione per **malattia rara**.

## 4.1 FOCUS COMUNE DI VILAFRATI

### IL TERRITORIO

Il Comune di Villafrati ha una popolazione di 3.142 abitanti, di cui la **popolazione over 65** rappresenta il **26% del totale**. La popolazione under 14 è pari a 425 e rappresenta il 13% del totale.

I **P.O. più vicini**, sono quello di **Corleone**, il **Civico** e il **Policlinico di Palermo**, che distano circa 30 minuti.

Tra i Comuni che distano meno di 20 minuti di auto da Villafrati ed in cui sono presenti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si segnalano Bolognetta (tempo guida circa 10 minuti), Marineo (tempo guida circa 12 minuti), Ciminna (tempo guida circa 13 minuti), Misilmeri (tempo guida circa 15 minuti) e Vicari (tempo guida circa 15 minuti), sebbene quest'ultimo afferisca al distretto di Lercara Friddi.

Di contro, tra i Comuni che sono maggiormente vicini al Comune di Villafrati si riportano: Cefalà Diana (tempo guida circa 4 minuti), Godrano (tempo guida circa 7 minuti), Mezzojuso (tempo guida circa 7 minuti), Baucina (tempo guida circa 8 minuti), Bolognetta (tempo guida circa 10 minuti), Marineo (tempo guida circa 12 minuti), Ciminna (tempo guida circa 13 minuti), Ventimiglia di Sicilia (tempo guida circa 15 minuti) e Campofelice di Fitalia (tempo guida circa 15 minuti). Villafrati rappresenta il Comune più prossimo in cui insistono strutture di offerta dell'ASP o strutture private convenzionate rispetto a Cefalà Diana, Godrano, Mezzojuso, Baucina, Ciminna, Ventimiglia di Sicilia e Campofelice di Fitalia. L'unica eccezione è rappresentata dalla branca di odontoiatria, rispetto alla quale si segnala la presenza di una struttura privata convenzionata presso il Comune di Ciminna, il quale risulta il Comune più prossimo in cui insistono strutture di offerta di prestazioni ambulatoriali per Baucina e Ventimiglia di Sicilia.

### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel Comune è presente un ambulatorio privato convenzionato che eroga prestazioni di **medicina fisica e riabilitazione** e uno **studio odontoiatrico convenzionato**.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del Comune sono: medicina fisica e riabilitazione (33%), radiologia (15%), odontostomatologia (11%) e cardiologia (10%).

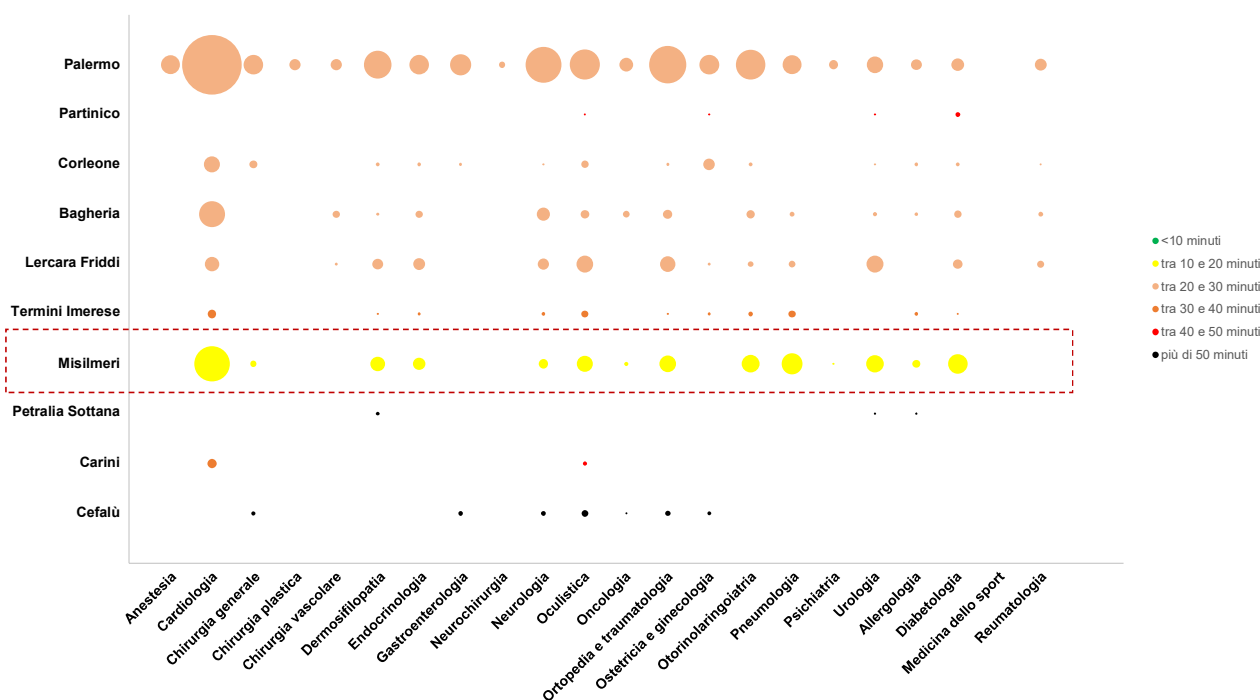
Per Villafrati, inoltre, emerge una **mobilità significativa** per le prestazioni afferenti alle branche di **neurologia** (95%), **ortopedia** (86%), **oculistica** (85%), **cardiologia** (79%), **nefrologia** (72%) e **radiologia** (47%). Per usufruire delle prestazioni afferenti a tali branche, i residenti devono percorrere, in media, fra 20 e 30 minuti in auto. Si evidenzia che per nefrologia il tempo medio è pari a circa 55 minuti, considerando anche che circa il 20% delle prestazioni sono erogate presso una struttura della provincia di Catania. In generale, si evidenzia che per tutte le branche la mobilità fuori distretto eccede il 40% della domanda, ad eccezione delle sole due branche erogate all'interno del Comune da privati convenzionati, per le quali la mobilità è al di sotto del 10%. La **mobilità** fuori distretto si concentra comunque **verso Palermo**.

### MOBILITÀ BRANCHE A VISITA

Le **branche a visita** rappresentano circa il **35% della domanda totale** di prestazioni sanitarie.

Il grafico a bolle sottostante mostra, per ogni branca, il distretto presso il quale vengono erogate le prestazioni. L'ampiezza della bolla indica la numerosità delle prestazioni mentre il colore individua il tempo guida medio necessario per raggiungere il Comune in cui sono ubicate le strutture che erogano le prestazioni.

Popolazione Villafrati (al 1° Gennaio 2022)		
Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	24	1%
01-04 anni	109	3%
05-14 anni	292	9%
15-24 anni	299	10%
25-44 anni	716	23%
45-64 anni	887	28%
65-74 anni	417	13%
75-84 anni	248	8%
85+ anni	150	5%
<b>Totale</b>	<b>3.142</b>	<b>100%</b>



In generale, la **maggior parte delle prestazioni**, per quasi tutte le branche, sono **erogate da strutture** che insistono nel distretto di **Palermo**, il quale spiega circa il 60% della domanda di prestazioni afferenti alle branche a visita; per raggiungere tali strutture è necessario un tempo guida compreso tra i 20 e i 30 minuti. Invece, per raggiungere le strutture del distretto a cui afferisce il Comune di Villafrati (distretto di Misilmeri), le quali spiegano circa il 20% della domanda di branche a visita, il tempo guida necessario è, in media, compreso tra 10 e 20 minuti.

Considerando le **singole branche**, la **mobilità** risulta significativa, anche in relazione al tempo guida, per **tutte le branche a visita**.

Con riferimento alle **strutture** della provincia che spiegano la **mobilità** relativa alle branche a visita, le 6 principali sono l'Ospedale Buccheri La Ferla di Palermo (28%), il Policlinico di Palermo (13%), il PTA di Palazzo Adriano (10%), il Civico di Palermo (7%), il PTA di Bagheria (7%) e il PTA Biondo di Palermo (3%).

Inoltre, si evidenzia che il **Buccheri La Ferla** soddisfa il **22% della domanda totale** di branche a visita.

Denominazione	Distretto	N prestazioni	% domanda	% mobilità	Tempo guida (min.)
Ospedale Buccheri La Ferla	Palermo	1007	22%	28%	30
Az. Osp. Univ. Paolo Giaccone	Palermo	469	10%	13%	30
Pta Palazzo Adriano	Lercara Friddi	361	8%	10%	23
Ospedale Civico	Palermo	266	6%	7%	30
Pta Bagheria	Bagheria	240	5%	7%	27
P.T.A. Biondo	Palermo	95	2%	3%	30

## 4.2 FOCUS COMUNE DI VENTIMIGLIA DI SICILIA

### IL TERRITORIO

Il Comune di Ventimiglia di Sicilia ha una popolazione di 1.825 abitanti, di cui la **popolazione over 65** rappresenta il **26% del totale**. La popolazione under 14 è pari a 215 e rappresenta il 12% del totale.

Il **P.O. più vicino** è quello di **Termini**, distante circa 25 minuti in auto

Tra i Comuni che distano meno di 20 minuti di auto da Ventimiglia ed in cui sono presenti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si segnalano Ciminna (tempo guida circa 10 minuti), Villafrati (tempo guida circa 13 minuti), Bolognetta (tempo guida circa 15 minuti) e Marineo (tempo guida circa 20 minuti).

Di contro, tra i Comuni che sono maggiormente vicini al Comune di Ventimiglia di Sicilia si riportano: Baucina (tempo guida circa 7 minuti), Ciminna (tempo guida circa 10 minuti), Villafrati (tempo guida circa 13 minuti), Cefalà Diana (tempo guida circa 15 minuti), Bolognetta (tempo guida circa 15 minuti), Godrano (tempo guida circa 18 minuti) e Mezzojuso (tempo guida circa 18 minuti). Ventimiglia di Sicilia rappresenterà il Comune più prossimo in cui insistono strutture di offerta dell'ASP o strutture private convenzionate rispetto ai Comuni di Baucina e Ciminna. L'unica eccezione è rappresentata dalla branca di odontoiatria, rispetto alla quale si segnala la presenza di una struttura privata convenzionata presso il Comune di Ciminna.

Popolazione Ventimiglia di Sicilia (al 1° Gennaio 2022)		
Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	8	0%
01-04 anni	49	3%
05-14 anni	158	9%
15-24 anni	179	10%
25-44 anni	415	23%
45-64 anni	545	30%
65-74 anni	192	11%
75-84 anni	170	9%
85+ anni	109	6%
<b>Totale</b>	<b>1.825</b>	<b>100%</b>

### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel Comune non sono presenti strutture né pubbliche né private convenzionate.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del Comune sono: medicina fisica e riabilitazione (17%), radiologia (17%) e odontostomatologia (16%).

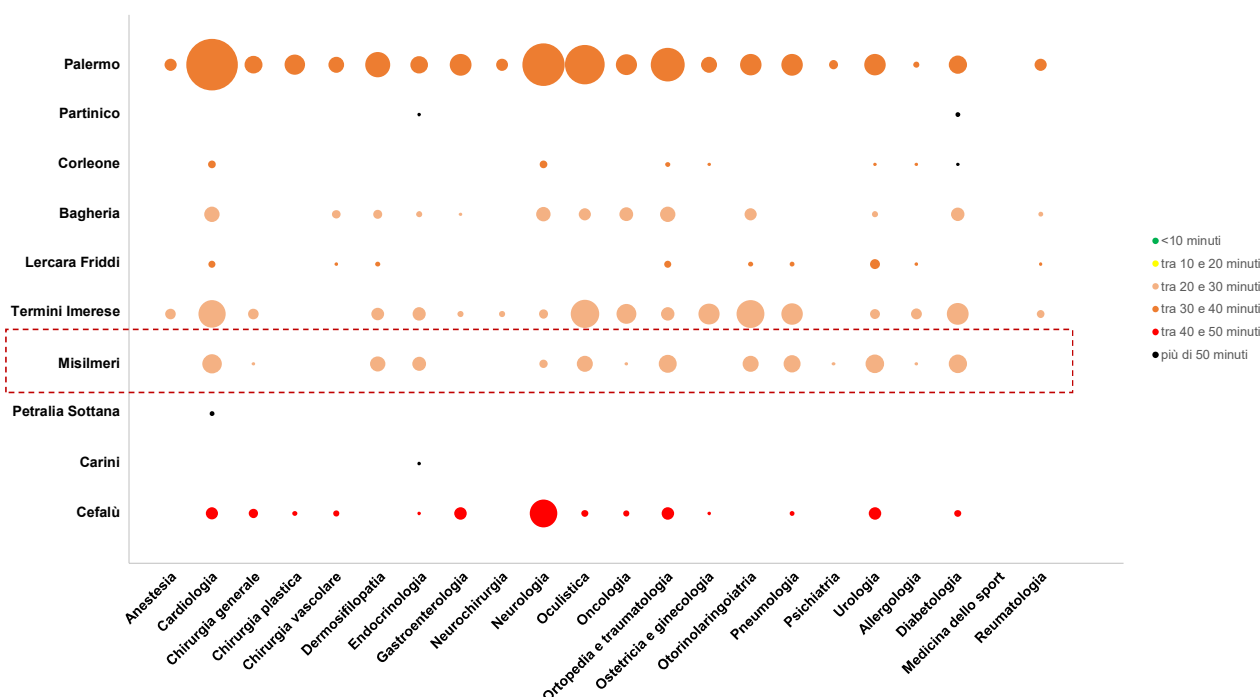
Per Ventimiglia di Sicilia, inoltre, emerge una **mobilità significativa** per le prestazioni afferenti alle branche di **nefrologia** (94%), **cardiologia** (91%), **oculistica** (91%), **otorinolaringoiatria** (85%), **ortopedia** (84%), **neurologia** (77%) e **radiologia** (50%). Per usufruire delle prestazioni afferenti a tali branche, i residenti devono percorrere, in media, fra 25 e 35 minuti in auto. In generale, si evidenzia che per tutte le branche la mobilità fuori distretto eccede il 50% della domanda, ad eccezione delle due branche erogate nei vicini Comuni di Villafrati e Ciminna, cioè odontostomatologia e medicina fisica e riabilitazione, per le quali la mobilità è al di sotto del 15%. La **mobilità** fuori distretto si concentra comunque **verso Palermo** e, in parte, **Termini Imerese**.

### MOBILITÀ BRANCHE A VISITA

Le **branche a visita** rappresentano circa il **40% della domanda totale** di prestazioni sanitarie.

Il grafico a bolle sottostante mostra, per ogni branca, il distretto presso il quale vengono erogate le prestazioni. L'ampiezza della bolla indica la numerosità delle prestazioni mentre il colore individua il tempo guida medio necessario per raggiungere il Comune in cui sono ubicate le strutture che erogano le prestazioni.





In generale, la **maggior parte delle prestazioni**, per quasi tutte le branche, sono **erogate da strutture** che insistono nel distretto di **Palermo**, il quale spiega circa il 50% della domanda di prestazioni afferenti alle branche a visita; per raggiungere tali strutture è necessario un tempo guida compreso tra i 30 e i 40 minuti. Invece, per raggiungere le strutture del distretto a cui afferisce il Comune di Ventimiglia di Sicilia (distretto di Misilmeri), le quali spiegano circa il 11% della domanda di branche a visita, il tempo guida necessario è, in media, compreso tra 20 e 30 minuti.

Tra i **distretti** maggiormente **attraenti**, oltre Palermo, si segnala **Termini Imerese**, il quale raccoglie circa il 22% delle prestazioni. Il tempo guida medio necessario per raggiungere i punti di offerta del distretto di Termini è compreso tra 20 e 30 minuti.

Considerando le **singole branche**, la **mobilità** risulta significativa, anche in relazione al tempo guida, per **tutte le branche a visita**. In particolare, per le prestazioni di **neurologia** si nota una non trascurabile mobilità verso il distretto di **Cefalù**, per raggiungere il quale è necessario un tempo guida, in media, compreso tra 40 e 50 minuti.

Con riferimento alle **strutture** della provincia che spiegano la **mobilità** relativa alle branche a visita, le 6 principali sono il Poliambulatorio di Termini Imerese (13%), il Buccheri la Ferla (12%), il Policlinico di Palermo (11%), il P.O. San Cimino

Denominazione	Distretto	N prestazioni	% domanda	% mobilità	Tempo guida (min.)
Poliambulatorio - Termini I.	Termini Imerese	227	11%	13%	21
Ospedale Buccheri La Ferla	Palermo	219	11%	12%	36
Az. Osp. Univ. Paolo Giaccone	Palermo	206	10%	11%	36
Ambulatorio P.O. S. Cimino	Termini Imerese	164	8%	9%	21
Fondazione Istituto G. Giglio	Cefalù	122	6%	7%	41
P.T.A. E. Albanese	Palermo	120	6%	7%	36

di Termini Imerese (9%), la Fondazione Giglio di Cefalù (7%) e il PTA Albanese di

Palermo (7%).

## DISTRETTO 37 – TERMINI IMERESE

### IL DISTRETTO

Il distretto di Termini Imerese presenta una popolazione di 58.996 abitanti (circa il 5% della provincia), con una percentuale di **popolazione anziana** del **24%** ed una **popolazione under 18** del **16%**. In generale, l'età media è di 45 anni, dove il Comune "più giovane" è quello di Trabia (età media di 43 anni) e quello "più anziano" è il Comune di Sclafani Bagni (età media di 51 anni).

Analizzando le singole fasce che in base alla normativa vigente sono destinatarie di programmi di screening si segnala che:

- **8.492 donne** con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening mammografico**;
- **15.655 donne** con età target (compresa tra 25 e 64 anni) per **pap test e Hpv Test**;
- **16.510** tra uomini e donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening del carcinoma colon retto**.

Il distretto insiste su un territorio avente una **superficie di 640 km<sup>2</sup>** e ha una densità di popolazione di 92 ab./km<sup>2</sup>. Complessivamente nel distretto vi sono 9 Comuni e quello di Termini Imerese è quello con più residenti.

Comune	Abitanti	di cui >65 anni	di cui <18 anni	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab./km <sup>2</sup> )
Aliminusa	1.107	321	136	13,68	80,92
Caccamo	7.827	1.943	1.190	188,23	41,58
Caltavuturo	3.663	1.068	471	97,95	37,40
Cerda	4.979	1.172	850	43,83	113,59
Montemaggiore Belsito	3.029	984	377	32,08	94,43
Sciara	2.551	582	469	31,19	81,78
Sclafani Bagni	388	125	40	134,90	2,88
Termini Imerese	25.173	5.764	4.242	76,69	328,25
Trabia	10.279	2.232	1.745	22,08	465,59
<b>Totale</b>	<b>58.996</b>	<b>14.191</b>	<b>9.520</b>	<b>640,63</b>	<b>92,09</b>

### DOMANDA E OFFERTA SOCIALE

Sulla base delle informazioni riportate nella relazione sociale di cui all'ultimo Piano di Zona disponibile, relativo al biennio 2019/2020, del distretto di Termini Imerese, di seguito si riportano gli indicatori della domanda sociale del distretto, le strutture e i servizi offerti suddivisi per ogni area sociale d'intervento.

#### AREA POVERTÀ

Nel 2018 si segnalano 1.473 istanze SIA (Sostegno all'Inclusione Attiva), 2 richieste per sostegno abitativo e 147 per assistenza economica. In aggiunta, si segnala che nello stesso anno si rilevano 2.739 persone in stato di disoccupazione e 4 senza fissa dimora.

Nel Comune di Termini Imerese è presente la Casa Circondariale "Burrafato", che può ospitare fino a 83 persone, solo di sesso maschile. In aggiunta si segnala la presenza del Segretariato Sociale nei Comuni di Termini e Trabia e dello sportello REI, nei Comuni di Termini e Caltavuturo.

#### AREA ANZIANI

Nel triennio 2016-2017-2018 si segnalano 206 richieste di ricovero presso strutture residenziali o semi-residenziali (Casa di Riposo, RSA, Comunità alloggio, ecc.), 75 richieste interventi a carattere domiciliare, 157 richieste di buono sociosanitario per anziani over 69 e 353 di interventi di disbrigo pratiche dei volontari di servizio civile.

Nel territorio del distretto sono presenti 13 strutture residenziali per anziani e 5 strutture semi-residenziali (centri diurni). Nel triennio considerato, tra i servizi offerti dal distretto per soddisfare le esigenze della popolazione anziana rientrano il SADA (Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani) e l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

#### AREA DIPENDENZE

Nel 2018 si segnalano 233 utenti in carico ai SERT (Servizi per le Tossicodipendenze), di cui 219 maschi e 14 femmine. Di questi soggetti, il 84% presenta dipendenza da sostanze stupefacenti, il 10% da alcool e il 5% da gioco d'azzardo.

L'offerta di servizi rivolti alle dipendenze consiste in una Comunità terapeutica accreditata, nel Comune di Trabia, che ospita 15 soggetti maschi. Inoltre, tra i servizi offerti dal distretto, vi sono i centri di informazione, consulenza e prevenzione nelle scuole superiori ed un progetto di promozione alla salute mentale e prevenzione primaria, quest'ultimo attivato presso il Comune di Caccamo.

#### AREA DISABILI

Nel 2018 si segnala 1 richiesta di ricovero presso strutture residenziali, 18 richieste per il centro diurno Alzheimer e 1.012 richieste interventi a carattere domiciliare. Il numero di alunni disabili iscritti nelle scuole del distretto è di 268. Nel territorio del Distretto sono presenti 3 Comunità alloggio, 1 struttura residenziale per soggetti con disabilità mentale (16 posti letto) ed un'altra struttura residenziale. Inoltre, nel territorio insistono le seguenti strutture semiresidenziali: 1 centro diurno e 1 centro Alzheimer.

#### AREA IMMIGRATI

Nel 2018 si segnalano 1.152 stranieri nel distretto, di cui quasi il 50% extraComunitari, con un'incidenza sulla popolazione dell'1,87%. Il Comune che presenta l'incidenza più elevata è quello di Sciarra, 6%. Il 23,18% della popolazione straniera è composto da minori.

Nel distretto sono presenti 15 strutture di accoglienza per stranieri, 9 a Termini, 5 a Trabia e 1 a Sciarra.

#### AREA MINORI FAMIGLIA

Nel 2018 i minori a carico dei servizi sociali erano 945. Inoltre, sono stati registrati 2 casi di abbandono delle scuole dell'obbligo (a Cerda) e 3 casi di violenza sui minori (2 a Trabia e 1 a Termini).

Per quanto riguarda le strutture presenti nel distretto, si segnalano 11 Comunità alloggio per minori (7 a Termini e 4 a Trabia), 3 Centri di aggregazione e una Casa di volontariato, a Termini Imerese. Tra gli altri servizi previsti per i soggetti minori si segnalano: il trasporto alunni disabili, lo sportello ascolto per famiglie e minori, i contributi per alunni pendolari, lo Spazio Neutro, presso il Comune di Trabia, e un consultorio familiare a Termini Imerese.

#### LE AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2019/2020

Nella tabella seguente sono riportate le azioni previste dal Piano di Zona 2019/2020 del distretto di Termini, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni espressi dalla domanda sociale. Sono previste **9 azioni**, per un importo totale di **822.865 €**.

Aree d'intervento	Titolo azione	Descrizione	Importo
Anziani Disabili	Servizio Assistenza Domiciliare Anziani	Servizi volti a sostenere l'anziano all'interno del proprio domicilio (igiene personale, governo ed igiene dell'alloggio, aiuto nella preparazione ed assunzione dei pasti, aiuto nella deambulazione, ecc.).	202.369,00 €
Anziani Disabili	Assistenza Domiciliare Integrata	Servizi volti a sostenere persone bisognose di assistenza continuativa (igiene personale, governo ed igiene dell'alloggio, aiuto nella preparazione ed assunzione dei pasti, aiuto nella deambulazione, ecc.).	50.568,00 €
Minori-Famiglia Disabili	Assistenza e Comunicazione in favore di alunni disabili	Servizi volti ad aiutare, durante le ore scolastiche, gli alunni con difficoltà nell'uso delle mani o nella Comunicazione o con riduzione della vista.	253.785,00 €
Minori-Famiglia Disabili	Contributo spese trasporto disabili minori	Contributo economico rivolto alle famiglie con minori disabili che effettuano trattamenti presso i centri riabilitativi o di cura, pubblici e/o in convenzione, ricadenti nella provincia di Palermo.	21.391,62 €
Minori-Famiglia Disabili	Attività d'inclusione sociale per minori disabili attraverso forme di accreditamento	Contributo economico rivolto alle famiglie con minori disabili per acquistare prestazioni socializzanti e prestazioni educative presso Enti fornitori accreditati dal Distretto.	41.013,00 €
Minori-Famiglia	Servizio Educativo-Territoriale Distrettuale	Presenza in carico dell'intero nucleo familiare, attraverso il sostegno psicologico, l'accompagnamento educativo dei minori e dei propri nuclei familiari.	149.943,00 €

Minori-Famiglia	Spazio Neutro Distrettuale	Progetto che mira a costruire un contesto protetto, finalizzato a favorire il riavvicinamento relazionale ed emotivo di genitori e figli, e/o adulti di riferimento che hanno subito un'interruzione dei rapporti.	71.484,00 €
Servizio sociale professionale	Assistenza tecnica	Potenziamento dell'Ufficio Piano attraverso il reperimento di due figure professionali, esperto amministrativo ed esperto contabile.	15.366,00 €
Servizio sociale professionale	Incentivo personale Gruppo Ristretto	Stanziamiento di fondi per premiare l'operato del personale impegnato nella definizione e nell'attuazione del Piano di Zona, in proporzione alle ore da essi dedicate alla realizzazione del Piano e alla qualità del lavoro svolto.	17.045,65 €

### ANALISI CODICI ESENZIONE (CE)

Si rilevano **20.486 CE**, in prevalenza **ipertensione senza danno d'organo, diabete mellito e affezioni del sistema circolatorio, i quali spiegano oltre il 50% del totale dei CE.**

Rispetto alla popolazione, l'incidenza degli assistiti con codice esenzione aumenta in relazione alla fascia d'età e si rileva che circa **2 abitanti over 65 su 5 hanno 1 codice esenzione per patologia.** Rispetto alla Provincia, si rileva una minore incidenza per tutte le fasce d'età. Non si rilevano differenze in termini di genere.

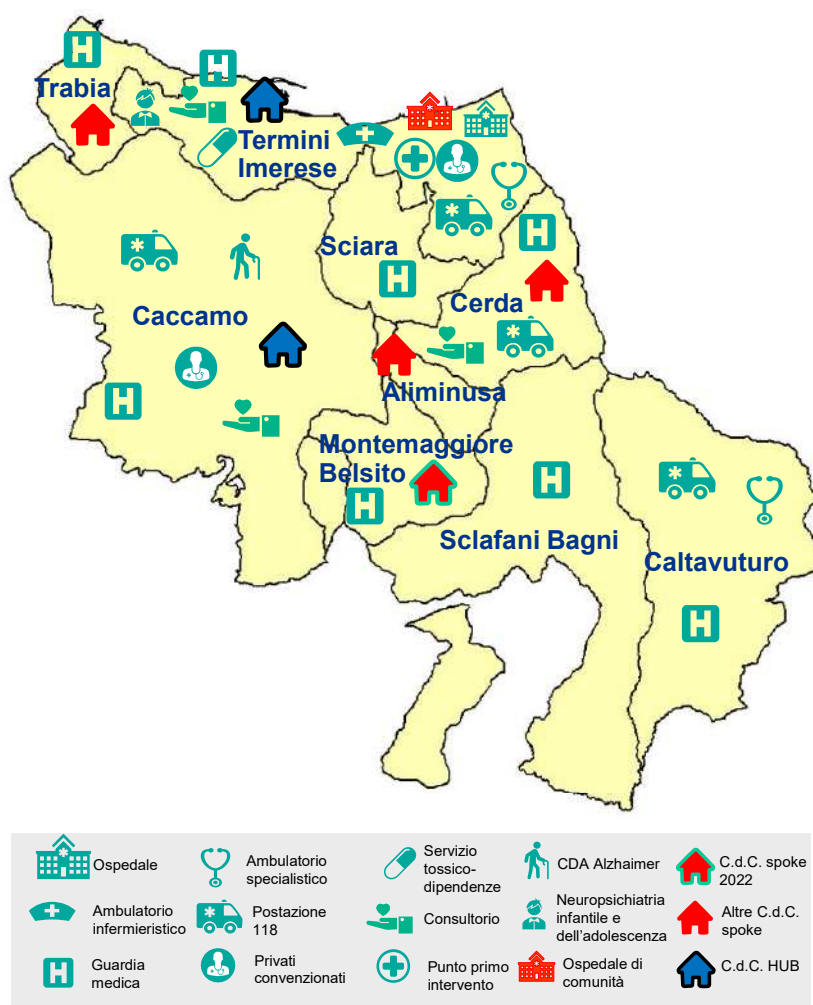
Articolando i codici esenzione in base alla tipologia, emerge che:

- **3.689 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per invalidità** (codice "Cnn", "Gnn", "Lnn", "Nnn", "Snn", "Vnn");
- **11.998 assistiti** hanno almeno 1 **codice esenzione per patologia**, di cui 6.169 femmine e 5.829 maschi. **Poco meno della metà** di questi assistiti ha **2 o più codici esenzione per patologia**. Considerando solo i codici esenzione per le 3 principali patologie croniche, **diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO si contano rispettivamente 3.740, 35 e 74 assistiti;**
- **1.230 assistiti** hanno il **codice esenzione "048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne"**, di cui 570 maschi e 660 femmine. Non sono presenti informazioni relative alla tipologia di patologia neoplastica maligna;
- **269 assistiti** hanno un **codice esenzione per malattia rara**, di cui 147 femmine e 122 maschi e **46 assistiti hanno meno di 25 anni**. I codici più ricorrenti sono per **"sprue celiaca"** e **"anemie ereditarie"**. 4 assistiti hanno più di 2 diversi codici esenzione per malattia rara;
- **60 assistiti** hanno un codice esenzione in quanto **in attesa o sottoposti a trapianto**, di cui 18 femmine e 42 maschi;
- tra gli altri, vi sono **6 assistiti** con codice esenzione per **donatori d'organo**, **12 assistiti** con codice esenzione **"011 - demenze"**, **11 assistiti** con codice esenzione **"F02 - prestazioni per minori affidati"** e **58 assistiti** con codice esenzione **"014 - dipendenze"**.

Analisi per Classe Codice Esenzione da NAR			
Classe Codice Esenzione (CE)	N. esenzioni	% tot. Distr.	% cum
Ipertensione Arteriosa (Senza Danno D'Organo)	4.411	21,5%	21,5%
Diabete Mellito	3.740	18,3%	39,8%
Affezioni Del Sistema Circolatorio (Escluso: 453.0)	2.418	11,8%	51,6%
Ipertensione Arteriosa Con Danno D'Organo	1.898	9,3%	60,9%
Soggetti Affetti Da Patologie Neoplastiche Malign	1.230	6,0%	66,9%
Ipercolesterolemia Familiare Omozigote E Eterozig	1.149	5,6%	72,5%
Ipotiroidismo Congenito, Ipotiroidismo Acquisito G	903	4,4%	76,9%
Asma	611	3,0%	79,9%
...	...	...	...
Altro (58 classi)	4.126	20,1%	100%
<b>Totale Distretto</b>	<b>20.486</b>	<b>100%</b>	
<i>% sul Tot Regione</i>	4,7%		
<b>Totale Provincia</b>	<b>434.354</b>		

## I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR

Nel distretto, sulla base delle informazioni rilevate dai CRIL e dai flussi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono presenti i servizi indicati nella figura. Nella mappa vengono inoltre indicate le 6 nuove case della Comunità che andranno ad essere implementate nel distretto. Si tratta di due case della Comunità hub, una presso il Comune di Termini Imerese e una presso il Comune di Caccamo, e di quattro case della Comunità spoke, una presso il Comune di Trabia, una presso il Comune di Cerda, una presso il Comune di Aliminusa ed una presso il Comune di Montemaggiore Belsito, la quale dovrà essere messa in funzione entro il 2022.



## LE STRUTTURE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dall'analisi dei flussi di attività C e M relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si rilevano le seguenti strutture di offerta:

- Comune di Termini Imerese:
  - Ambulatorio P.O. S. Cimino: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, laboratorio di analisi, medicina fisica e riabilitazione, nefrologia, odontoiatria e radiologia;
  - Centro Di Riabilitazione Fisioterapica Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Centro Di Fisiokinesiterapia S.R.L. (C.F.A. Srl) struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Centro Medico Diagnostico E Terapeutico Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche laboratorio di analisi e radiologia;
  - Centro Medico Nefrologico S.R.L.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca nefrologia;

- Centro Oculistico Lo Bianco S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
- L.A.C. Dr.Ssa Liliana Mormino: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio di analisi;
- Laboratorio Polidiagnostico Analisi Cliniche E Batterie Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio di analisi;
- Poliambulatorio di Termini: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, medicina fisica e riabilitazione, nefrologia, odontoiatria e radiologia;
- Studio Dentistico Dr. Gervasi Daniele: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
- Studio Odontoiatrico Dott. Lo Forti Alberto: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Caccamo:
  - Kurhaus Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - L.A.C. Marcellino S.N.C: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio di analisi.



## ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE

La seguente analisi è stata ricavata dall’elaborazione dei dati di cui al flusso SIAD dell’ASP Palermo al 2020.

Nel distretto di Termini Imerese nell’anno in esame sono stati presi in carico 957 assistiti, che corrispondono a circa il **1,6% della popolazione residente**.

Con riferimento alla **patologia** prevalente che sottende alla presa in carico (tabella di fianco), si rileva che le principali problematiche riscontrate sono **“ulcerazione cronica della cute”**, seguito da **“organo o tessuto sostituito con altri mezzi”** e **“postumi delle malattie cerebrovascolari”**. Complessivamente si rilevano **104 diverse diagnosi**.

In media gli assistiti a domicilio hanno circa **76 anni** e per il **56% sono donne**. Analizzando i principali bisogni riscontrati si rileva che:

- il **74%** degli assistiti è **parzialmente autonomo** ed il **22% non è autonomo**;
- la **quasi totalità degli assistiti in ADI presenta già un supporto sociale**;
- circa **1 assistito su 5 non si sposta**, mentre **3 su 4 hanno**

Diagnosi	N.assistiti
Ulcerazione cronica della cute	165
Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	78
Postumi delle malattie cerebrovascolari	63
Frattura del collo del femore	57
Frattura di altre e non specificate parti del femore	46
Altre anemie da carenza	41
Sintomi relativi all’apparato urinario	29
Altre malattie dell’apparato respiratorio	26
Altro (96 diagnosi)	452
<b>Totale</b>	<b>957</b>

**bisogno di assistenza;**

- la quasi totalità degli assistiti non presentano, se non in forma lieve, disturbi cognitivi e comportamentali.

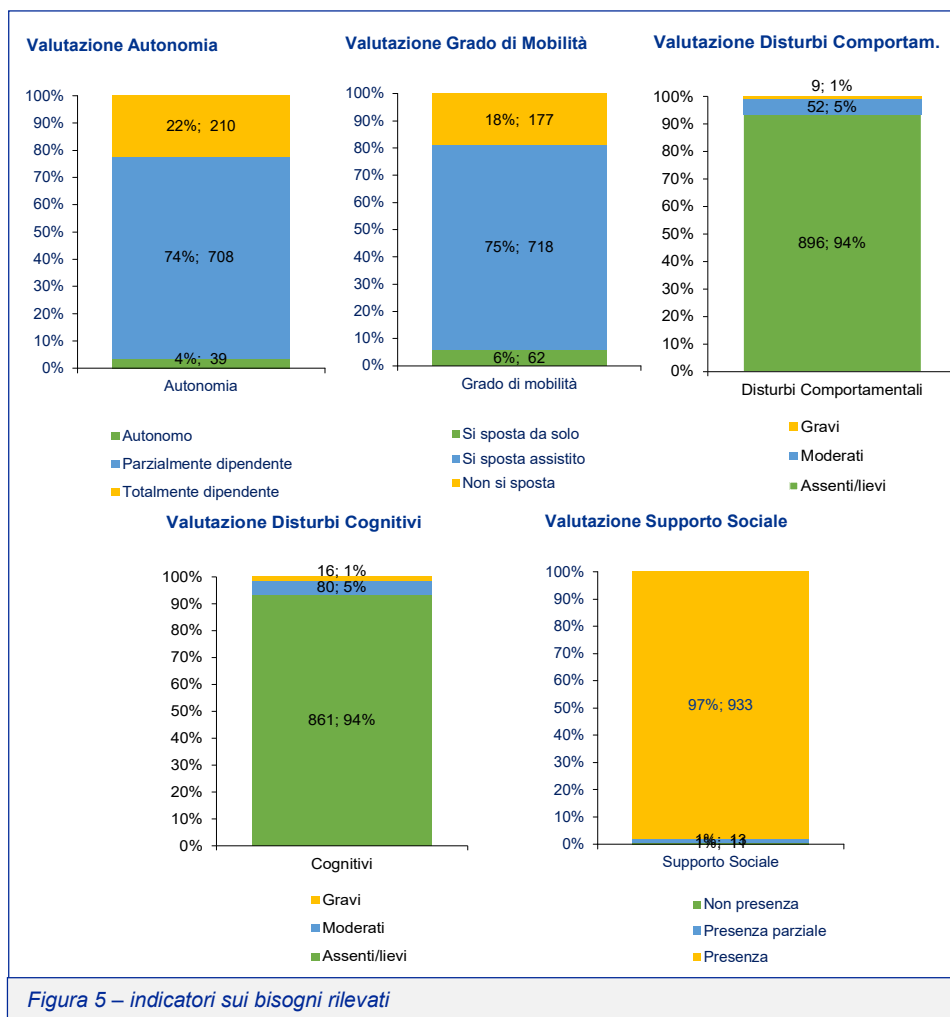


Figura 5 – indicatori sui bisogni rilevati

Il 90% degli accessi è fatto da un infermiere o da un fisioterapista (rispettivamente il 56% ed il 32%). Le prestazioni più frequentemente erogate sono:

- **Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria** (32% del totale prestazioni);
- **Medicazioni semplici** (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post-chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) (25% del totale prestazioni);
- **Visita domiciliare** (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio) (9% del totale prestazioni);
- **Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie** (5% del totale prestazioni).

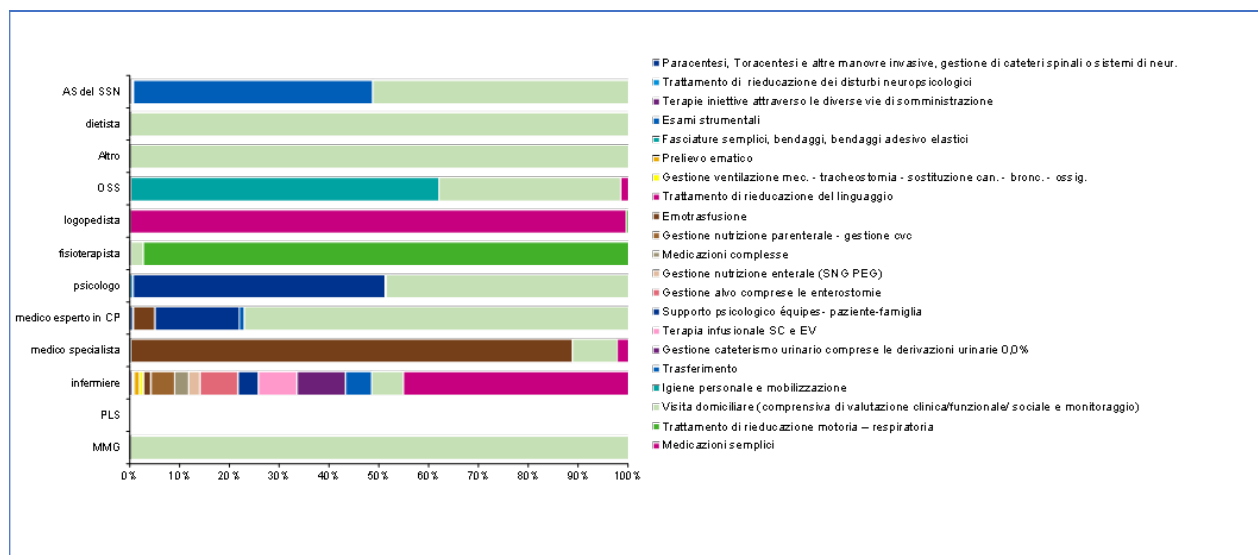


Figura 6 – prestazioni erogate per tipologia di operatore

inoltre, rispetto agli assistiti a domicilio si segnala che:

- **346 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per patologia**, di cui il **51% ne ha più di 1**. I codici esenzione più ricorrenti sono diabete mellito, ipertensione e ipercolesterolemia familiare;
- **55 assistiti** hanno il codice esenzione “**048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne**”;
- **7 assistiti** hanno un codice esenzione per **malattia rara**.

## 5.1 FOCUS COMUNE DI MONTEMAGGIORE BELSITO

### IL TERRITORIO

Il Comune di Montemaggiore Belsito ha una popolazione di 3.029 abitanti, di cui la **popolazione over 65** rappresenta il **32% del totale**. La popolazione under 14 è pari a 309 e rappresenta circa il 10% del totale.

Il **P.O. più vicino**, quello di **Termini Imerese**, dista circa **25 minuti** in auto.

Tra gli altri Comuni che distano meno di 25 minuti di auto ed in cui sono presenti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si segnalano Alia (tempo guida 15 minuti), il quale afferisce al distretto di Lercara Friddi, dove è presente un centro di riabilitazione, Campofelice di Roccella (tempo guida 25 minuti), nel distretto di Cefalù, dove è presente un laboratorio di analisi, Termini Imerese e Caccamo (tempo guida 25 minuti).

Di contro, tra i Comuni che sono maggiormente vicini al Comune di Montemaggiore Belsito si riportano: Aliminusa (tempo guida circa 4 minuti), Cerda (tempo guida circa 11 minuti) e Alia (tempo guida circa 15 minuti). Quest’ultimo è l’unico dei Comuni elencati ad ospitare un erogatore di prestazioni di specialistica ambulatoriale (privato convenzionato). Rispetto ai Comuni di Aliminusa e Cerda, Montemaggiore Belsito rappresenterà il Comune più prossimo in cui insistono strutture di offerta dell’ASP o strutture private convenzionate, anche se Aliminusa è uno dei Comuni del distretto in cui è prevista, nei prossimi anni, la realizzazione di una casa della Comunità spoke.

### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel comune di Montemaggiore Belsito non sono presenti strutture né pubbliche né private.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del comune sono radiologia (20%), cardiologia (14%) e medicina fisica e riabilitazione (11%).

Popolazione Montemaggiore Belsito (al 1° Gennaio 2022)		
Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	15	0%
01-04 anni	64	2%
05-14 anni	230	8%
15-24 anni	272	9%
25-44 anni	624	21%
45-64 anni	840	28%
65-74 anni	438	14%
75-84 anni	334	11%
85+ anni	212	7%
<b>Totale</b>	<b>3.029</b>	<b>100%</b>



Complessivamente, circa il **40% della domanda** è **soddisfatto da strutture locali nel distretto**, in particolare presso il comune di **Termini Imerese**, quindi la maggioranza della domanda è soddisfatta fuori distretto. In particolare, emerge una **mobilità significativa** per le prestazioni afferenti alle branche di **neurologia** (92%), **odontostomatologia** (84%), **medicina fisica e riabilitazione** (80%), **urologia** (71%), **cardiologia** (59%), **ostetricia** (55%), **radiologia** (54%), **oculistica** (56%) e **ortopedia** (53%); i pazienti per usufruirne devono percorrere, in media, tra i 30 e i 40 minuti, tranne per medicina fisica e riabilitazione per la quale sono sufficienti circa 20 minuti. Si segnala che per tutte le branche la mobilità è superiore al 30%, con le sole eccezioni di nefrologia e diabetologia.

In generale, per usufruire di qualsiasi prestazione, i pazienti di Montemaggiore devono percorrere, in media, almeno 27 minuti in auto, con la sola eccezione della branca di medicina fisica e riabilitazione.

Montemaggiore Belsito si trova vicino ai distretti di Cefalù e di Lercara Friddi, i quali raccolgono, rispettivamente, circa il 25% e il 10% della domanda; in particolare, ad Alia, nel distretto di Lercara, vi è una struttura privata convenzionata dove viene soddisfatto circa il 60% delle prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione. Tra gli altri distretti che attraggono i residenti di Montemaggiore si segnala quello di Palermo, il quale soddisfa il 20% della domanda. In particolare, i comuni ubicati fuori distretto che soddisfano la maggior parte della domanda sono Cefalù (24%), Palermo (19%) e Alia (6%).

### MOBILITÀ BRANCHE A VISITA

Le **branche a visita** rappresentano circa il **60% della domanda totale** di prestazioni sanitarie.

Il grafico a bolle sottostante mostra, per ogni branca, il distretto presso il quale vengono erogate le prestazioni. L'ampiezza della bolla indica la numerosità delle prestazioni mentre il colore individua il tempo guida medio necessario per raggiungere il comune in cui sono ubicate le strutture che erogano le prestazioni.



In generale, circa il 40% delle prestazioni è erogato da strutture che insistono nello stesso distretto del comune di Montemaggiore Belsito (distretto di Termini Imerese). In media, il tempo guida necessario per raggiungere i punti di offerta del distretto è compreso tra 20 e 30 minuti.

Tra i **distretti** maggiormente **attraenti** si segnalano **Cefalù** e **Palermo**, i quali raccolgono, rispettivamente, circa il 30% e il 25% delle prestazioni. Il tempo guida medio necessario è compreso tra 30 e 40 minuti per Cefalù ed è maggiore di 50 minuti per Palermo.

Considerando le **singole branche**, la **mobilità** risulta significativa, anche in relazione al tempo guida, per le prestazioni di **cardiologia, neurologia, dermosifilopatia e gastroenterologia**, le quali sono prevalentemente erogate presso le strutture ubicate nel distretto di Palermo, mentre per neurologia si segnala una mobilità significativa anche verso Cefalù.

Con riferimento alle **strutture** della provincia che spiegano la **mobilità** relativa alle branche a visita, le 6 principali sono la Fondazione Giglio di Cefalù (33%), il Policlinico di Palermo (14%), il Poliambulatorio di Cefalù (12%), il PTA di Palazzo Adriano (9%), il Civico di Palermo (6%) e il Buccheri la Ferla (4%).

Inoltre, si evidenzia che il **Giglio** soddisfa il **20% della domanda totale** di branche a visita.

Denominazione	Distretto	N prestazioni	% domanda	% mobilità	Tempo guida (min.)
Fondazione Istituto G. Giglio	Cefalù	716	20%	33%	33
Az. Osp. Univ. Paolo Giaccone	Palermo	305	9%	14%	50
Poliamb. Cefalu'	Cefalù	258	7%	12%	33
Pta Palazzo Adriano	Lercara Friddi	192	5%	9%	30
Ospedale Civico	Palermo	134	4%	6%	50
Ospedale Buccheri La Ferla	Palermo	81	2%	4%	50

## DISTRETTO 38 – LERCARA FRIDDI

### IL DISTRETTO

Il distretto di Lercara Friddi presenta una popolazione di 26.863 abitanti (circa il 2% della provincia), con una percentuale di **popolazione anziana** del **27,5%** ed una **popolazione under 18** del **13,8%**. In generale, l'età media è di 48 anni, dove il Comune "più giovane" è quello di Lercara Friddi (età media di 46 anni) e quello "più anziano" è il Comune di Palazzo Adriano (età media di 49 anni).

Analizzando le singole fasce che in base alla normativa vigente sono destinatarie di programmi di screening si segnala che:

- **3.988 donne** con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening mammografico**;
- **7.004 donne** con età target (compresa tra 25 e 64 anni) per **pap test e Hpv Test**;
- **7.686** tra uomini e donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening del carcinoma colon retto**.

Il distretto insiste su un territorio avente una **superficie di 653 km<sup>2</sup>** e una densità di popolazione di 41 ab./km<sup>2</sup>. Complessivamente nel distretto vi sono 8 Comuni e quello di Lercara Friddi è quello con più residenti.

Comune	Abitanti	di cui >65 anni	di cui <18 anni	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab./km <sup>2</sup> )
Alia	3.379	984	477	45,97	73,50
Castronovo di Sicilia	2.880	815	347	201,04	14,33
Lercara Friddi	6.340	1.603	1.012	37,49	169,10
Palazzo Adriano	1.863	500	208	130,10	14,32
Prizzi	4.342	1.206	554	95,04	45,69
Roccapalumba	2.298	636	295	31,57	72,80
Valledolmo	3.287	950	437	25,78	127,51
Vicari	2.484	705	377	85,95	28,90
<b>Totale</b>	<b>26.873</b>	<b>7.399</b>	<b>3.707</b>	<b>652,93</b>	<b>41,16</b>

### DOMANDA E OFFERTA SOCIALE

#### LE AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2019/2020

Sulla base delle informazioni riportate nell'ultimo Piano di Zona disponibile (2019/2020) del distretto di Lercara Friddi, nella tabella seguente si riportano le azioni previste, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni espressi dalla domanda sociale. Sono previste **9 azioni**, per un importo totale di **461.539 €**.

Aree d'intervento	Titolo azione	Importo
Disabili	Sostegno e cure	36.970,27 €
Disabili	Attività lavorativa disabili	45.200,00 €
Minori-Famiglia Disabili	Assistenza autonomia e Comunicazione	220.500,00 €
Minori-Famiglia	Educativa domiciliare	49.700,00 €
ND	Integrazione sociosanitaria	75.384,73 €
ND	Inclusione sociale	7.171,89 €
ND	Progetto sperimentale	9.012,59 €
Servizio sociale professionale	Assistenza tecnica	3.200,00 €
Servizio sociale professionale	Incentivo personale Comunale	14.400,00 €

Non sono presenti ulteriori informazioni di dettaglio relative alla relazione sociale.

## ANALISI CODICI ESENZIONE (CE)

Si rilevano **11.842 CE**, in prevalenza, **ipertensione senza e con danno d'organo e diabete mellito**, i quali rappresentano oltre il **50% del totale** dei CE.

Rispetto alla popolazione, l'incidenza degli assistiti con codice esenzione aumenta in relazione alla fascia d'età e si rileva che poco meno di **1 abitante over 65 su 2 ha 1 codice esenzione per patologia**. Rispetto alla Provincia, si rileva una maggiore incidenza degli assistiti over 85. Non si rilevano differenze in termini di genere.

Articolando i codici esenzione in base alla tipologia, emerge che:

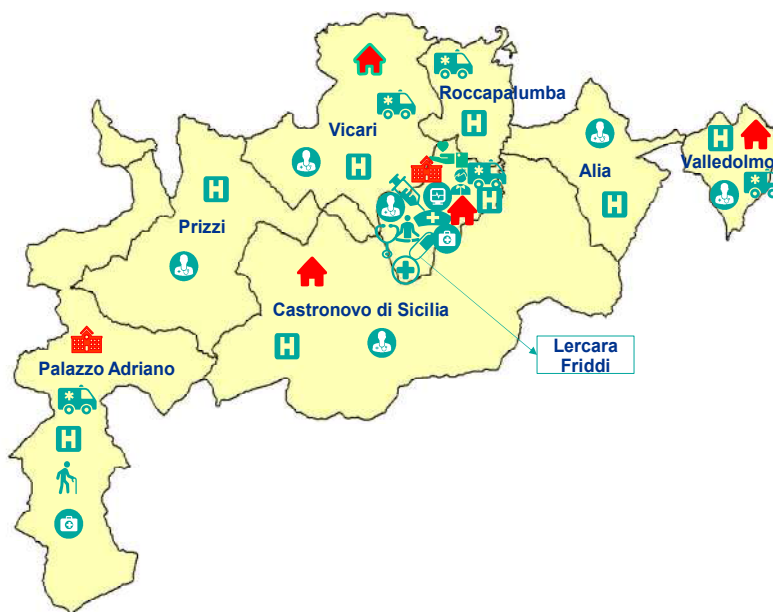
Analisi per Classe Codice Esenzione da NAR			
Classe Codice Esenzione (CE)	N. esenzioni	% tot. Distr.	% cum
Diabete Mellito	2.103	17,8%	17,8%
Ipertensione Arteriosa Con Danno D'Organo	2.051	17,3%	35,1%
Ipertensione Arteriosa (Senza Danno D'Organo)	1.711	14,4%	49,5%
Afezioni Del Sistema Circolatorio (Escluso: 453.0	1.394	11,8%	61,3%
Ipercolesterolemia Familiare Omozigote E Eterozig	847	7,2%	68,5%
Soggetti Affetti Da Patologie Neoplastiche Malign	630	5,3%	73,8%
Ipotiroidismo Congenito, Ipotiroidismo Acquisito G	498	4,2%	78,0%
Tiroidite Di Hashimoto	364	3,1%	81,1%
...	...	...	...
Altro (54 classi)	2.244	18,9%	100%
<b>Totale Distretto</b>	<b>11.842</b>	<b>100%</b>	
<i>% sul Tot Regione</i>	<i>2,7%</i>		
<b>Totale Provincia</b>	<b>434.354</b>		


















- **1.866 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per invalidità** (codice "Cnn", "Gnn", "Lnn", "Nnn", "Snn", "Vnn");
- **6.615 assistiti** hanno almeno **1 codice esenzione per patologia**, di cui 3.576 femmine e 3.039 maschi. **Poco meno della metà** di questi assistiti ha **2 o più codici esenzione per patologia**. Considerando solo i codici esenzione per le 3 principali patologie croniche, **diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO si contano rispettivamente 2.103, 18 e 46 assistiti**;
- **630 assistiti** hanno il **codice esenzione "048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne"**, di cui 318 maschi e 312 femmine. Non sono presenti informazioni relative alla tipologia di patologia neoplastica maligna;
- **186 assistiti** hanno un **codice esenzione per malattia rara**, di cui 111 femmine e 75 maschi e **36 assistiti hanno meno di 25 anni**. Il codice più ricorrente è per **"anemie ereditarie"**. 5 assistiti hanno 2 diversi codici esenzione per malattia rara;
- **35 assistiti** hanno un codice esenzione in quanto **in attesa o sottoposti a trapianto**, di cui 13 femmine e 22 maschi;
- tra gli altri, vi sono **1 assistito** con codice esenzione per **donatori d'organo**, **5 assistiti** con codice esenzione **"011 - demenze"** e **29 assistiti** con codice esenzione **"014 - dipendenze"**.

## I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR

Nel distretto, sulla base delle informazioni rilevate dai CRIL e dai flussi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono presenti i servizi indicati nella figura. Nello specifico, si segnala un'incongruenza tra l'anagrafica STS11 e quella del flusso CRIL: nella prima è presente il PTA di Palazzo Adriano, ma non il Poliambulatorio di Lercara Friddi, nella seconda, invece, è il contrario. Inoltre, secondo l'anagrafica STS11, il PTA Palazzo Adriano è ubicato nel Comune di Lercara Friddi.

Nella mappa vengono inoltre indicate le 4 nuove case della Comunità che andranno ad essere implementate nel distretto. Si tratta di quattro case della Comunità spoke, una presso il Comune di Lercara Friddi, una presso il Comune di Valledolmo, una presso il Comune di Castronovo di Sicilia ed una presso il Comune di Vicari, che dovrà essere messa in funzione entro il 2022.



 Servizio tossico-dipendenze	 Presidio territoriale emergenza	 Ambulatorio specialistico	 Centro prelievi	 CDA Alzheimer	 C.d.C. spoke 2022
 Centro salute mentale	 Ambulatorio infermieristico	 Postazione 118	 Consultorio	 Centro diagnostica per immagini	 Altre C.d.C. spoke
 Guardia medica	 Privati convenzionati	 Punto primo intervento	 Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	 Ospedale di comunità	

## LE STRUTTURE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dall'analisi dei flussi di attività C e M relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si rilevano le seguenti strutture di offerta:

- Comune di Lercara Friddi:
  - Poliambulatorio Lercara: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, laboratorio analisi, nefrologia, odontoiatria, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - Centro Medico Nefrologico Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca nefrologia;
  - L.A.C. Lattuca Dr.Ssa A. Maria & C. Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi;
  - Battaglino Maria Grazia & C. S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi.
- Comune di Vicari:
  - Studio Odontoiatrico Dr. Antonio Guttilla: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Studio Di Radiologia Di Mario Feo Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia.
- Comune di Prizzi:
  - Serradifalco Dr. Angelo: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Sicania Medica Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione.
- Comune di Palazzo Adriano:
  - PTA Palazzo Adriano: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, laboratorio analisi, nefrologia, odontoiatria, radiologia e medicina fisica e riabilitazione.
- Comune di Castronovo di Sicilia:
  - Studio Odontoiatrico Tirrito M. Carmela: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Alia:
  - Riabilia Centro Fisiokinesiterapia Di Orlando Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione.
- Comune di Valledolmo:
  - Centro Analisi Cliniche Valledolmo: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi.



## ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE

Diagnosi	N.assistiti
Ulcerazione cronica della cute	140
Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	62
Collocazione e sistemazione di altri dispositivi	47
Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	39
Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	38
Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori	28
Tumori maligni del colon	17
Postumi delle malattie cerebrovascolari	16
Altro (50 diagnosi)	151
<b>Totale</b>	<b>538</b>

La seguente analisi è stata ricavata dall'elaborazione dei dati di cui al flusso SIAD dell'ASP Palermo al 2020.

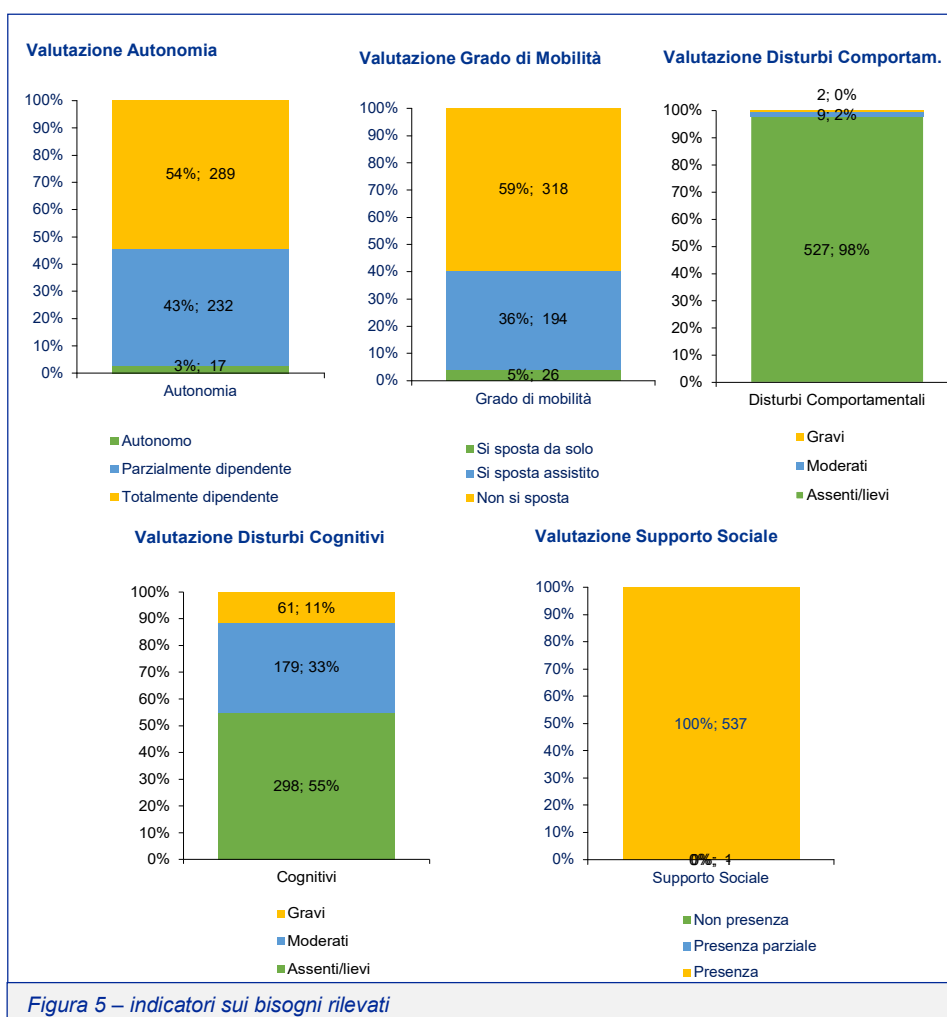
Nel distretto di Lercara Friddi nell'anno in esame sono stati presi in carico 538 assistiti, che corrispondono a circa il **2% della popolazione residente**.

Con riferimento alla **patologia** prevalente che sottende alla presa in carico (tabella di fianco), si rileva che le principali problematiche riscontrate sono **“ulcerazione cronica della cute”**, seguito da

**“postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo”** e **“collocazione e sistemazione di altri dispositivi”**. Complessivamente si rilevano **58 diverse diagnosi**.

In media gli assistiti a domicilio hanno circa **79 anni** e per il **57% sono donne**. Analizzando i principali bisogni riscontrati si rileva che:

- il **43%** degli assistiti è **parzialmente autonomo** ed il **54%** **non è autonomo**;
- gli assistiti presi in carico non presentano **assenza**, totale o parziale di **supporto sociale**;
- **appena 1 assistito su 20** è in grado di **spostarsi in modo autonomo**;
- **quasi la metà degli assistiti presenta disturbi cognitivi** e **2 su 100** presentano **disturbi comportamentali**.



Il **86% degli accessi** è fatto da un **infermiere** o da un **fisioterapista** (rispettivamente il 66% ed il 20%). Le **prestazioni più frequentemente erogate** sono:

- **Medicazioni semplici** (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) (33% del totale prestazioni);
- **Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria** (17% del totale prestazioni);
- **Visita domiciliare** (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio) (14% del totale prestazioni);
- **Trasferimento** (7%);
- **Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie** (7% del totale prestazioni).

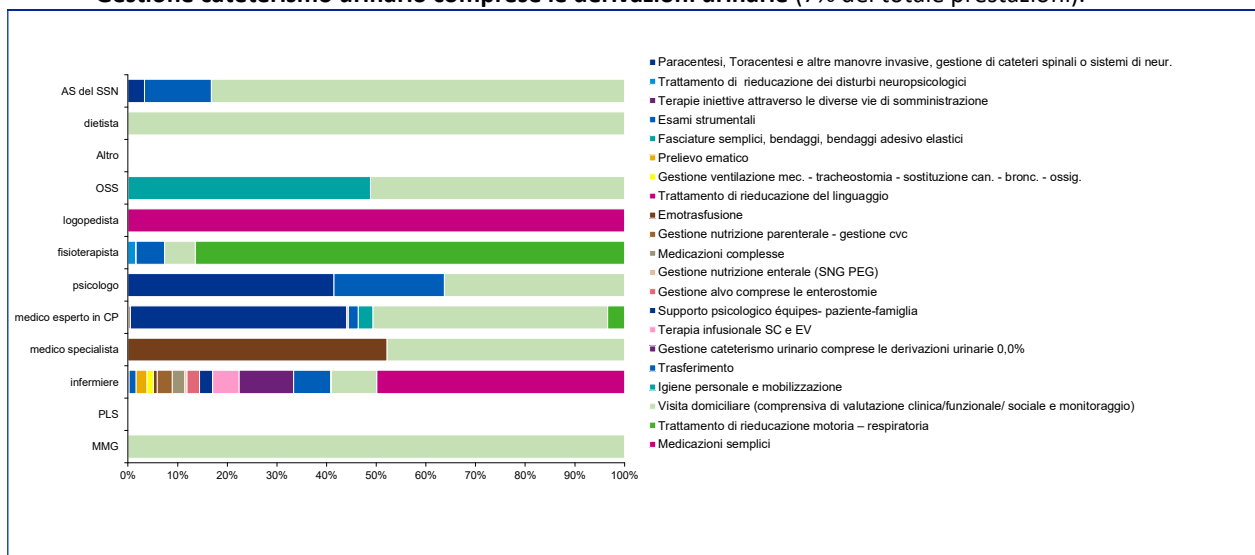


Figura 6 – prestazioni erogate per tipologia di operatore

Inoltre, rispetto agli assistiti a domicilio si segnala che:

- **164 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per patologia**, di cui il **53% ne ha più di 1**. I codici esenzione più ricorrenti sono diabete mellito, ipertensione e affezioni del sistema circolatorio;
- **18 assistiti** hanno il codice esenzione **“048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne”**;
- **3 assistiti** hanno un codice esenzione per **malattia rara**.



## 6.1 FOCUS COMUNE DI VICARI

### IL TERRITORIO

Il Comune di Vicari ha una popolazione di 2.423 abitanti, di cui la **popolazione over 65** rappresenta il **28% del totale**. La popolazione under 14 è pari a 288 e rappresenta il 12% del totale.

I **P.O. più vicini**, sono quelli di **Corleone e di Termini Imerese**, distanti circa 40 minuti in auto, mentre i P.O. di Palermo, ubicati nella parte orientale della città (Buccheri La Ferla, Civico e Policlinico) sono distanti circa 5/10 minuti in più.

Tra i Comuni che distano meno di 20 minuti di auto da Vicari ed in cui sono presenti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si segnalano Lercara Friddi (tempo guida circa 13 minuti) e Villafrati (tempo guida circa 15 minuti), sebbene quest'ultimo afferisca al distretto di Misilmeri.

### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel comune è presente un ambulatorio privato convenzionato che eroga prestazioni di **radiologia** e uno **studio odontoiatrico convenzionato**.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del comune sono: medicina fisica e riabilitazione (20%), odontostomatologia (15%), radiologia (14%) e cardiologia (9%).

Complessivamente, il **50% della domanda** complessiva è **soddisfatta** da strutture locate **nel distretto**, in particolare presso il comune di **Lercara Friddi**, dove viene soddisfatto il **36% della domanda**, mentre presso lo stesso comune **Vicari** viene soddisfatto il 13% della domanda. Tra le branche rispetto alle quali emerge una **mobilità significativa** verso altri distretti figurano: **medicina fisica e riabilitazione** (75%), **neurologia** (70%), **radiologia** (59%), **ortopedia** (51%) e **oculistica** (43%). Rispetto a tali branche, il tempo guida medio è compreso tra 25 e 40 minuti, fatta eccezione per medicina fisica e riabilitazione per la quale sono sufficienti poco meno di 20 minuti, in linea con il tempo guida medio totale.

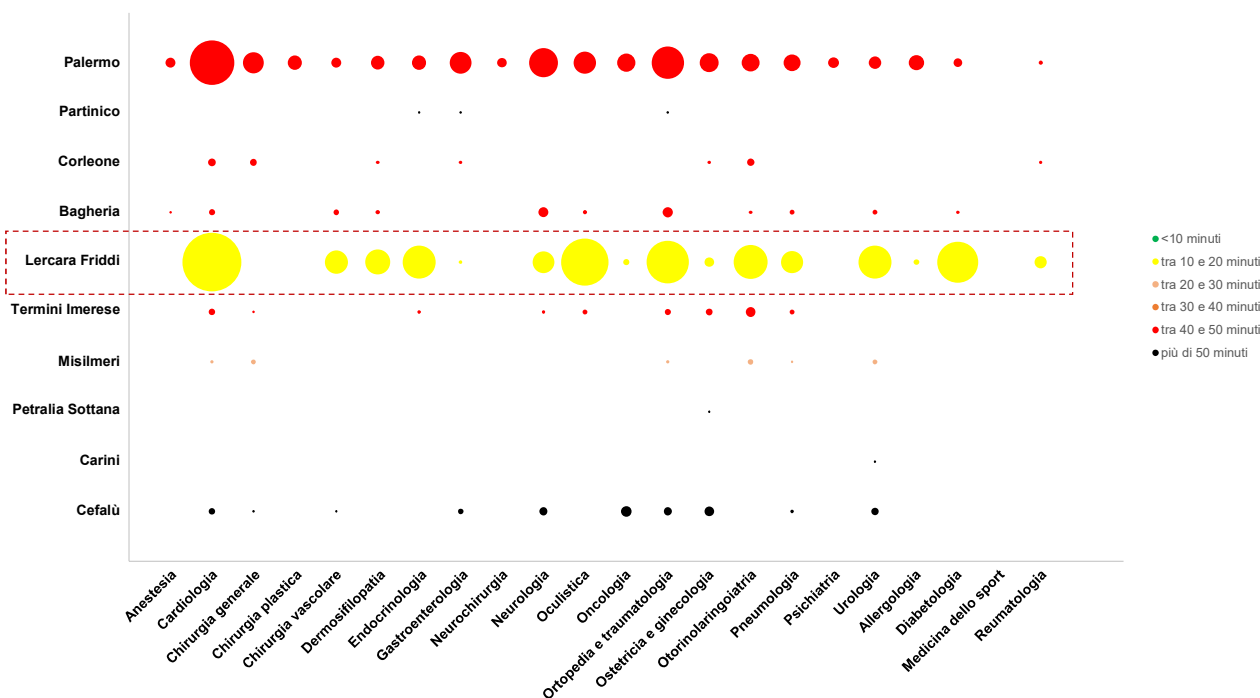
In generale, si evidenzia che **la mobilità fuori distretto si concentra verso Palermo**, dove vengono soddisfatte circa il **25% del totale delle prestazioni**. In particolare, le **prestazioni** afferenti alla branca per la quale si rileva sia la domanda più elevata che la mobilità maggiore, cioè **medicina fisica e riabilitazione**, vengono soddisfatte per il **67%** presso il comune di **Villafrati** (afferente al distretto di Misilmeri), dove viene soddisfatto circa il 14% del totale di prestazioni.

### MOBILITÀ BRANCHE A VISITA

Le **branche a visita** rappresentano circa il **42% della domanda totale** di prestazioni sanitarie.

Il grafico a bolle sottostante mostra, per ogni branca, il distretto presso il quale vengono erogate le prestazioni. L'ampiezza della bolla indica la numerosità delle prestazioni mentre il colore individua il tempo guida medio necessario per raggiungere il comune in cui sono ubicate le strutture che erogano le prestazioni.

Popolazione Vicari (al 1° Gennaio 2022)		
Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	15	1%
01-04 anni	60	2%
05-14 anni	213	9%
15-24 anni	247	10%
25-44 anni	497	21%
45-64 anni	703	29%
65-74 anni	326	13%
75-84 anni	225	9%
85+ anni	137	6%
<b>Totale</b>	<b>2.423</b>	<b>100%</b>



In generale, gli assistiti per raggiungere le strutture del distretto impiegano dai 10 ai 20 minuti. La mobilità verso altri distretti spiega circa il 40% della domanda di prestazioni di branche a visita.

Tra i **distretti** maggiormente **attraenti** si segnala quello di **Palermo**, il quale raccoglie circa il 33% delle prestazioni. Il tempo guida medio necessario per raggiungere le strutture ubicate nel distretto di Palermo è compreso tra 40 e 50 minuti.

Considerando le **singole branche**, la **mobilità** risulta significativa, anche in relazione al tempo guida, per le prestazioni di **neurologia** e **ostetricia**, le quali sono prevalentemente erogate presso le strutture ubicate nel distretto di Palermo.

Con riferimento alle **strutture** che spiegano la **mobilità** relativa alle branche a visita, le 6 principali sono l’Ospedale Buccheri la Ferla (31%), il Policlinico di Palermo (16%), il Civico di Palermo (13%), la Fondazione Giglio di Cefalù (5%), l’Ospedale dei Bambini Di Cristina (3%) e il P.O. Cervello (3%).

Denominazione	Distretto	N prestazioni	% domanda	% mobilità	Tempo guida (min.)
Ospedale Buccheri La Ferla	Palermo	488	12%	31%	44
Az. Osp. Univ. Paolo Giaccone	Palermo	249	6%	16%	44
Ospedale Civico	Palermo	211	5%	13%	44
Fondazione Istituto G. Giglio	Cefalù	73	2%	5%	60
Ospedale Dei Bambini G. Di Cristina	Palermo	54	1%	3%	44
P.O. V. Cervello	Palermo	54	1%	3%	44

Inoltre, si evidenzia che il **Buccheri La Ferla** soddisfa il **12% della domanda totale** di branche a visita.

## DISTRETTO 39 - BAGHERIA

### IL DISTRETTO

Il distretto di Bagheria presenta una popolazione di 96.565 abitanti (circa il 8% della provincia), con una percentuale di **popolazione anziana** del **19,4%** ed una **popolazione under 18** del **19,2%**. In generale, l'età media è di 42 anni, dove il Comune "più giovane" è quello di Ficarazzi (età media di 39 anni) e quello "più anziano" è il Comune di Santa Flavia (età media di 43 anni).

Analizzando le singole fasce che in base alla normativa vigente sono destinatarie di programmi di screening si segnala che:

- **13.175 donne** con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening mammografico**;
- **26.619 donne** con età target (compresa tra 25 e 64 anni) per **pap test e Hpv Test**;
- **25.379** tra uomini e donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening del carcinoma colon retto**.

Il distretto insiste su un territorio avente una **superficie di 106 km<sup>2</sup>** e una densità di popolazione di 914 ab./km<sup>2</sup>. Complessivamente nel distretto vi sono 5 Comuni e quello di Bagheria è quello con più residenti.

Comune	Abitanti	di cui >65 anni	di cui <18 anni	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab./km <sup>2</sup> )
Altavilla Milicia	8.307	1.632	1.568	23,78	349,27
Bagheria	53.025	10.608	9.891	29,84	1.777,23
Casteldaccia	11.586	2.287	2.288	33,92	341,58
Ficarazzi	12.768	1.929	2.824	3,53	3.617,51
Santa Flavia	10.879	2.306	1.954	14,60	745,20
<b>Totale</b>	<b>96.565</b>	<b>18.762</b>	<b>18.525</b>	<b>105,67</b>	<b>913,87</b>

### ANALISI CODICI ESENZIONE (CE)

Si rilevano **29.337 CE**, in prevalenza, **ipertensione con e senza danno d'organo e diabete mellito**, i quali rappresentano circa poco meno del **50% del totale** dei CE.

Rispetto alla popolazione, l'incidenza degli assistiti con codice esenzione aumenta in relazione alla fascia d'età e si rileva che circa **4 abitanti over 65 su 10 hanno 1 codice esenzione per patologia**.

Rispetto alla Provincia, si rileva una minore incidenza degli assistiti di età compresa fra i 25 e gli 85 anni. Non si rilevano differenze in termini di genere.

Articolando i codici esenzione in base alla tipologia, emerge che:

- **5.245 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per invalidità** (codice "Cnn", "Gnn", "Lnn", "Nnn", "Snn", "Vnn");
- **16.883 assistiti** hanno almeno 1 **codice esenzione per patologia**, di cui 8.795 femmine e 8.088 maschi. Il **40%** di questi assistiti ha **2 o più codici esenzione** per patologia. Considerando solo i codici esenzione per le 3 principali patologie croniche, **diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO si contano rispettivamente 4.310, 46 e 105 assistiti**;
- **2.545 assistiti** hanno il **codice esenzione "048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne"**, di cui 1.370 maschi e 1.115 femmine. Non sono presenti informazioni relative alla tipologia di patologia neoplastica maligna;
















Analisi per Classe Codice Esenzione da NAR			
Classe Codice Esenzione (CE)	N. esenzioni	% tot. Distr.	% cum
Iperensione Arteriosa Con Danno D'Organo	5.542	18,9%	18,9%
Diabete Mellito	4.310	14,7%	33,6%
Iperensione Arteriosa (Senza Danno D'Organo)	4.081	13,9%	47,5%
Afezioni Del Sistema Circolatorio (Escluso: 453.0	2.995	10,2%	57,7%
Soggetti Affetti Da Patologie Neoplastiche Malign	2.545	8,7%	66,4%
Ipercolesterolemia Familiare Omozigote E Eterozig	1.904	6,5%	72,9%
Ipotiroidismo Congenito, Ipotiroidismo Acquisito G	1.085	3,7%	76,6%
Asma	1.079	3,7%	80,2%
...	...	...	...
Altro (62 classi)	5.796	19,8%	100%
<b>Totale Distretto</b>	<b>29.337</b>	<b>100%</b>	
<b>% sul Tot Regione</b>	<b>6,8%</b>		
<b>Totale Provincia</b>	<b>434.354</b>		

- **496 assistiti** hanno un **codice esenzione per malattia rara**, di cui 277 femmine e 219 maschi e **83 assistiti hanno meno di 25 anni**. I codici più ricorrenti sono per **“sprue celiaca”** e **“difetti ereditari della coagulazione”**. 8 assistiti hanno 2 diversi codici esenzione per malattia rara;
- **113 assistiti** hanno un codice esenzione in quanto **in attesa o sottoposti a trapianto**, di cui 41 femmine e 72 maschi;
- tra gli altri, vi sono **5 assistiti** con codice esenzione per **donatori d’organo**, **18 assistiti** con codice esenzione **“011 - demenze”**, **43 assistiti** con codice esenzione **“F02 - prestazioni per minori affidati”** e **41 assistiti** con codice esenzione **“014 - dipendenze”**.

## I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR

Nel distretto, sulla base delle informazioni rilevate dai CRIL e dai flussi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono presenti i servizi indicati nella figura. Nella mappa vengono inoltre indicate le nuove case della Comunità che andranno ad essere implementate nel distretto. Si tratta di una casa della Comunità hub, presso il Comune di Bagheria, e di una casa della Comunità spoke, presso il Comune di Santa Flavia.

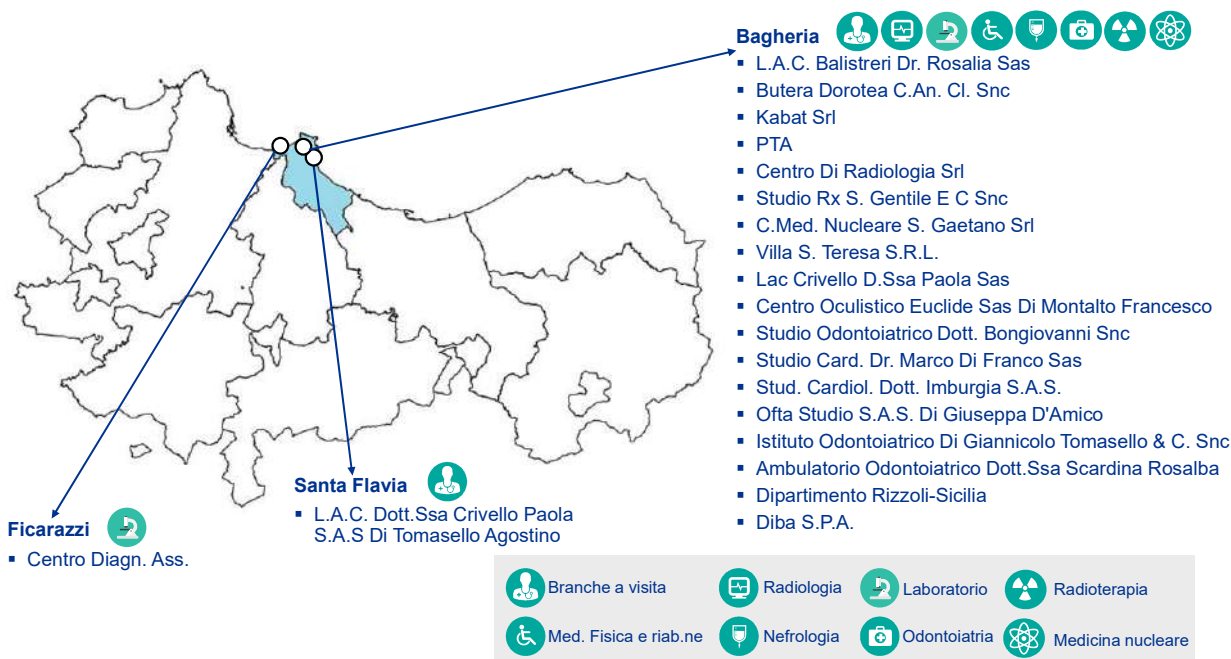


	Ospedale		Presidio territoriale emergenza		Ambulatorio specialistico		Centro prelievi		Centro diagnostica strumentale
	Ambulatorio infermieristico		Postazione 118		Consultorio		Centro salute mentale		C.d.C. spoke
	Guardia medica		Privati convenzionati		Punto primo intervento		Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza		C.d.C. HUB

## LE STRUTTURE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dall'analisi dei flussi di attività C e M relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si rilevano le seguenti strutture di offerta:

- Comune di Bagheria:
  - PTA Bagheria: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, nefrologia, odontoiatria, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - Dipartimento Rizzoli-Sicilia: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Kabat Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Lac Crivello D.Ssa Paola Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi;
  - L.A.C. Balistreri Dr. Rosalia Sas: eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi;
  - Butera Dorotea Centro Analisi Cliniche Snc: eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi;
  - Diba S.P.A: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca nefrologia;
  - Centro Di Radiologia Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia;
  - Studio Rx S. Gentile E C Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia;
  - Villa Santa Teresa: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia;
  - Centro Medicina Nucleare S. Gaetano Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche medicina nucleare e radioterapia;
  - Studio Odontoiatrico Dott. Bongiovanni Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Ambulatorio Odontoiatrico Dott.Ssa Scardina Rosalba: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Istituto Odontoiatrico Di Giannicolo Tomasello & C. Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Studio Cardiologico Dr. Marco Di Franco Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Studio Cardiologico Dott. Imburgia S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Ofta Studio S.A.S. Di Giuseppa D'Amico: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Centro Oculistico Euclide Sas Di Montalto Francesco: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita.
- Comune di Santa Flavia:
  - L.A.C. Dott.Ssa Crivello Paola S.A.S Di Tomasello Agostino: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita.
- Comune di Ficarazzi:
  - Centro Diagnostico Assistenziale: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi.



## ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE

Diagnosi	N.assistiti
Ulcerazione cronica della cute	239
Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	74
Frattura del collo del femore	64
Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	64
Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori	45
Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	35
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	27
Presenza di aperture artificiali	23
Altro (64 diagnosi)	300
<b>Totale</b>	<b>871</b>

La seguente analisi è stata ricavata dall'elaborazione dei dati di cui al flusso SIAD dell'ASP Palermo al 2020.

Nel distretto di Bagheria nell'anno in esame sono stati presi in carico 871 assistiti, che corrispondono a circa il **1% della popolazione residente**.

Con riferimento alla **patologia** prevalente che sottende alla presa in carico (tabella di fianco), si rileva che le principali problematiche riscontrate sono **“ulcerazione cronica della cute”**, seguito da **“organo o tessuto sostituito con altri mezzi”** e

**“frattura del collo del femore”**. Complessivamente si rilevano **72 diverse diagnosi**.

In media gli assistiti a domicilio hanno circa **76 anni** e per il **56% sono donne**. Analizzando i principali bisogni riscontrati si rileva che:

- il **40%** degli assistiti è **parzialmente autonomo** ed il **58%** non è autonomo;
- solo **1 assistito su 100** presenta **assenza**, totale o parziale di **supporto sociale**;
- circa **1 assistito su 3 non si sposta**, mentre quasi **2 su 3 hanno bisogno di assistenza**;

- circa 4 assistiti su 10 hanno disturbi cognitivi e 1 su 10 presenta disturbi comportamentali.

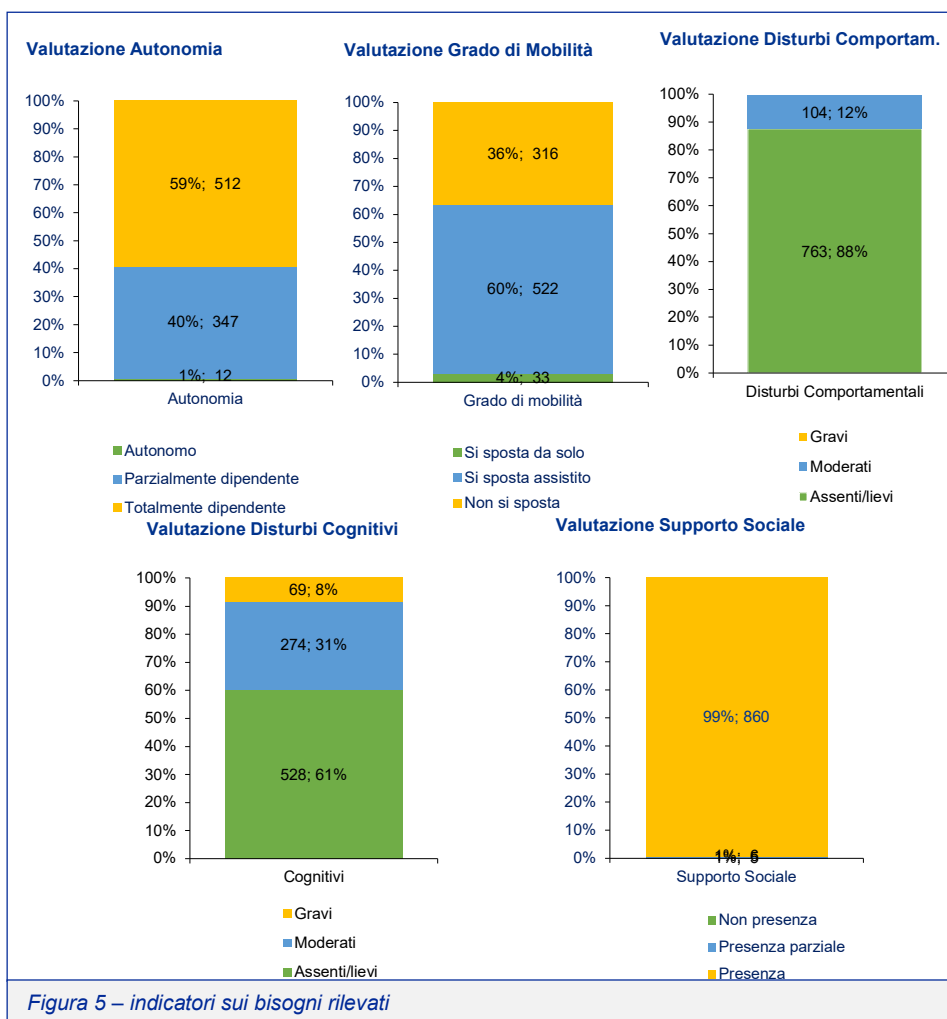


Figura 5 – indicatori sui bisogni rilevati

Il 90% degli accessi è fatto da un infermiere, da un fisioterapista o da un OSS (rispettivamente il 59%, 16% e 14%). Le prestazioni più frequentemente erogate sono:

- **Medicazioni semplici** (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post-chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) (27% del totale prestazioni);
- **Visita domiciliare** (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio) (17% del totale prestazioni);
- **Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria** (15% del totale prestazioni);
- **Igiene personale e mobilizzazione** (8% del totale prestazioni);
- **Trasferimento** (7% del totale prestazioni).

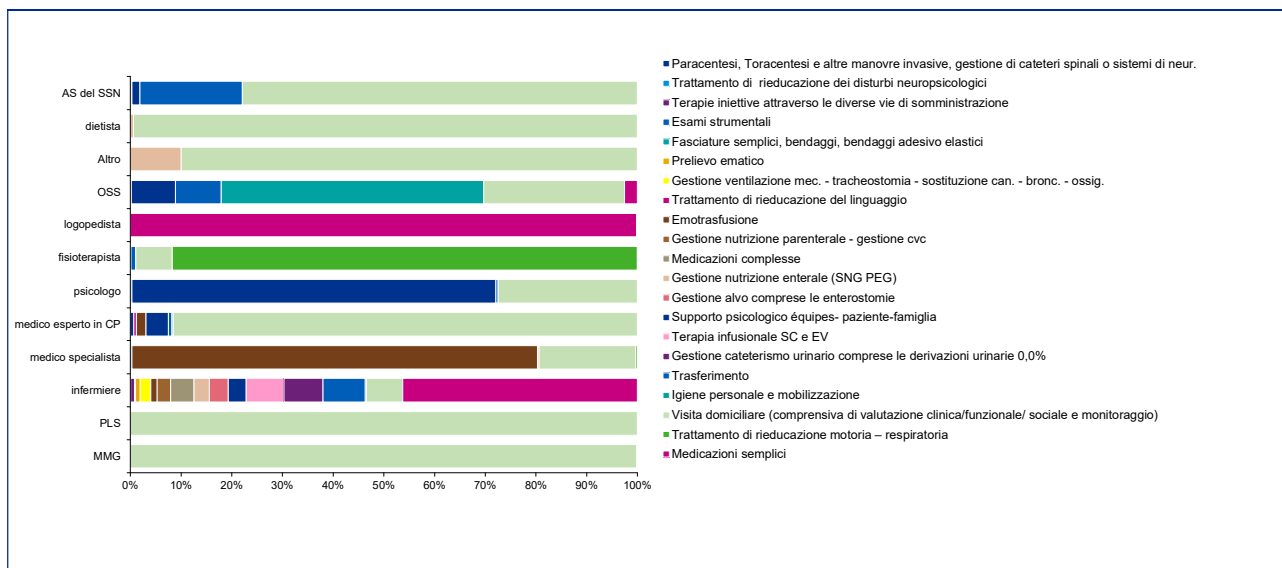


Figura 6 – prestazioni erogate per tipologia di operatore

Inoltre, rispetto agli assistiti a domicilio si segnala che:

- **284 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per patologia**, di cui circa il **50% ne ha più di 1**. I codici esenzione più ricorrenti sono ipertensione, diabete mellito e affezioni del sistema circolatorio;
- **64 assistiti** hanno il codice esenzione **“048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne”**;
- **10 assistiti** hanno un codice esenzione per **malattia rara**.



## DISTRETTO 40 - CORLEONE

### IL DISTRETTO

Il distretto di Corleone presenta una popolazione di 23.229 abitanti (circa il 2% della provincia), con una percentuale di **popolazione anziana** del **26,6%** ed una **popolazione under 18** del **15%**. In generale, l'età media è di 47 anni, dove il Comune "più giovane" è quello di Corleone (età media di 44 anni) e quello "più anziano" è il Comune di Giuliana (età media di 51 anni).

Analizzando le singole fasce che in base alla normativa vigente sono destinatarie di programmi di screening si segnala che:

- **3.334 donne** con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening mammografico**;
- **5.951 donne** con età target (compresa tra 25 e 64 anni) per **pap test e Hpv Test**;
- **6.407** tra uomini e donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening del carcinoma colon retto**.

Il distretto insiste su un territorio avente una **superficie di 568 km<sup>2</sup>** e una densità di popolazione di 41 ab./km<sup>2</sup>. Complessivamente nel distretto vi sono 7 Comuni e quello di Corleone è quello con più residenti.

Comune	Abitanti	di cui >65 anni	di cui <18 anni	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab./km <sup>2</sup> )
Bisacquino	4.203	1.231	593	64,97	64,69
Campofiorito	1.181	353	173	21,70	54,43
Chiusa Sclafani	2.611	777	339	57,55	45,37
Contessa Entellina	1.536	448	196	136,48	11,25
Corleone	10.580	2.417	1.811	229,45	46,11
Giuliana	1.730	550	194	24,14	71,66
Roccamena	1.388	398	197	33,72	41,17
<b>Totale</b>	<b>23.229</b>	<b>6.174</b>	<b>3.503</b>	<b>568,01</b>	<b>40,90</b>

### DOMANDA E OFFERTA SOCIALE

#### LE AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2019/2020

Nella tabella seguente sono riportate le azioni previste dal Piano di Zona 2019/2020 del distretto di Corleone, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni espressi dalla domanda sociale. Di contro, non risultano disponibili le informazioni relative alla relazione sociale.

Nel Piano di Zona analizzato, sono previste **6 azioni**, per un totale di **930.586 €**.

Aree d'intervento	Titolo azione		Descrizione	Importo
Anziani Disabili	Assistenza Integrata	Domiciliare	Servizi volti a sostenere l'anziano all'interno della sua abitazione in modo continuo e integrato, attraverso prestazioni fornite da OSS e OSA, tra cui igiene e cura della persona, aiuto domestico e disbrigo di pratiche.	275.527,26 €
Minori-Famiglia Disabili	Impariamo a giocare	Comunicare	Servizi svolti da educatori professionali, assistenti educativi, traduttori del linguaggio dei segni per aiutare, durante le ore scolastiche, gli alunni con disabilità o difficoltà nella Comunicazione.	175.247,30 €
Minori-Famiglia Povertà	Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione		Servizi come gruppi dei genitori e dei bambini, educativa domiciliare, collaborazione con la scuola, ecc. al fine di ridurre le condizioni che concorrono a generare vulnerabilità familiare.	174.367,04 €
Povertà	Progetti Collettività	Utili alla	Progetti rivolti ai percettori di reddito di cittadinanza, utili a consentire loro di sviluppare competenze e acquisire nuove conoscenze mediante esperienze formative volte a migliorare il decoro urbano, gli immobili pubblici, gli spazi Comuni, le aree di verde pubblico.	291.532,00 €

Servizio sociale professionale	Assistenza tecnica	Acquisizione di supporto tecnico professionale ed integrativo per migliorare gli adempimenti di monitoraggio e rendicontazione.	6.144,79 €
Servizio sociale professionale	Incentivo personale Gruppo Ristretto	Stanziamiento di fondi per premiare l'operato del personale impegnato nella definizione e nell'attuazione del Piano di Zona, in proporzione alle ore da essi dedicate alla realizzazione del Piano e alla qualità del lavoro svolto.	7.768,47 €

## ANALISI CODICI ESENZIONE (CE)

Si rilevano **9.283 CE**, in prevalenza, **diabete mellito e ipertensione senza e con danno d'organo**, i quali rappresentano oltre il **50% del totale** dei CE.

Rispetto alla popolazione, l'incidenza degli assistiti con codice esenzione aumenta in relazione alla fascia d'età e si rileva che poco meno di **1 abitante over 65 su 2 ha 1 codice esenzione per patologia**. Rispetto alla Provincia, si rileva una maggiore incidenza degli assistiti con età maggiore di 45 anni. Non si rilevano differenze in termini di genere.

Articolando i codici esenzione in base alla tipologia, emerge che:

- **1.788 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per invalidità** (codice "Cnn", "Gnn", "Lnn", "Nnn", "Snn", "Vnn");
- **5.550 assistiti** hanno almeno **1 codice esenzione per patologia**, di cui 2.993 femmine e 2.557 maschi. **Il 40%** di questi assistiti ha **2 o più codici esenzione** per patologia. Considerando solo i codici esenzione per le 3 principali patologie croniche, **diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO si contano rispettivamente 1.772, 10 e 10 assistiti**;
- **543 assistiti** hanno il **codice esenzione "048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne"**, di cui 244 maschi e 299 femmine. Non sono presenti informazioni relative alla tipologia di patologia neoplastica maligna;
- **118 assistiti** hanno un **codice esenzione per malattia rara**, di cui 61 femmine e 57 maschi e **19 assistiti hanno meno di 25 anni**. I codici più ricorrenti sono per **"sprue celiaca" e "cheratocono"**;
- **22 assistiti** hanno un codice esenzione in quanto **in attesa o sottoposti a trapianto**, di cui 10 femmine e 12 maschi;
- tra gli altri, vi sono **2 assistiti** con codice esenzione per **donatori d'organo**, **5 assistiti** con codice esenzione **"011 - demenze"**, **6 assistiti** con codice esenzione **"F02 - prestazioni per minori affidati"** e **2 assistiti** con codice esenzione **"014 - dipendenze"**.

Analisi per Classe Codice Esenzione da NAR			
Classe Codice Esenzione (CE)	N. esenzioni	% tot. Distr.	% cum
Diabete Mellito	1.772	19,1%	19,1%
Iperensione Arteriosa (Senza Danno D'Organo)	1.619	17,4%	36,5%
Iperensione Arteriosa Con Danno D'Organo	1.616	17,4%	53,9%
Afezioni Del Sistema Circolatorio (Escluso: 453.0	1.012	10,9%	64,8%
Soggetti Affetti Da Patologie Neoplastiche Malign	543	5,8%	70,7%
Ipercolesterolemia Familiare Omozigote E Eterozig	529	5,7%	76,4%
Ipotiroidismo Congenito, Ipotiroidismo Acquisito G	343	3,7%	80,1%
Tiroidite Di Hashimoto	308	3,3%	83,4%
...	...	...	...
Altro (47 classi)	1.541	16,6%	100%
<b>Totale Distretto</b>	<b>9.283</b>	<b>100%</b>	
<i>% sul Tot Regione</i>	2,1%		
<b>Totale Provincia</b>	<b>434.354</b>		

## I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR

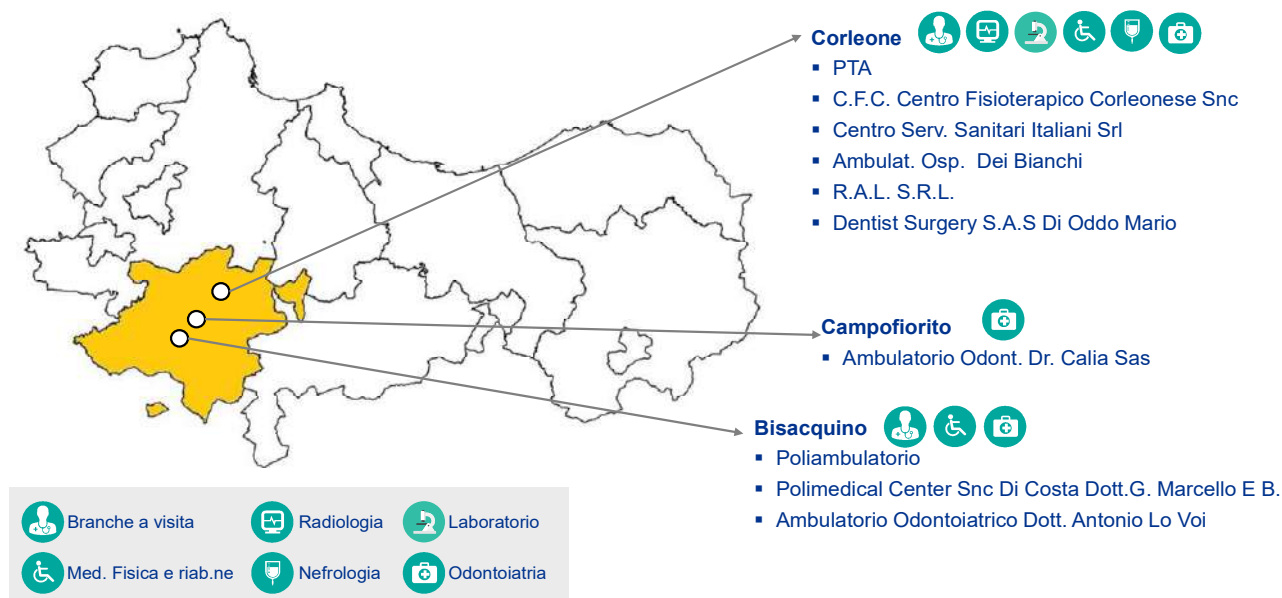
Nel distretto, sulla base delle informazioni rilevate dai CRIL e dai flussi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono presenti i servizi indicati nella figura. Nella mappa vengono inoltre indicate le due nuove case della Comunità che andranno ad essere implementate nel distretto. Si tratta di due case della Comunità spoke, una presso il Comune di Corleone ed una presso il Comune di Bisacchino, quest'ultima dovrà essere messa in funzione entro il 2022.



## LE STRUTTURE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dall'analisi dei flussi di attività C e M relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si rilevano le seguenti strutture di offerta:

- Comune di Corleone:
  - PTA Corleone: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, nefrologia, odontoiatria, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - Ambulatorio Ospedale dei Bianchi: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio di analisi, odontoiatria, medicina fisica e riabilitazione e radiologia;
  - Dentist Surgery S.A.S Di Oddo Mario: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - C.F.C. Centro Fisioterapico Corleonese Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche medicina fisica e riabilitazione e laboratorio analisi;
  - Centro Servizi Sanitari Italiani Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca nefrologia;
  - R.A.L. S.R.L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia.
- Comune di Campofiorito:
  - Ambulatorio Odontoiatrico Dr. Calia Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Bisacchino:
  - Poliambulatorio Bisacchino: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita e a medicina fisica e riabilitazione;
  - Polimedical Center Snc Di Costa Dott.G. Marcello E B: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Ambulatorio Odontoiatrico Dott. Antonio Lo Voi: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.



## ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE

La seguente analisi è stata ricavata dall'elaborazione dei dati di cui al flusso SIAD dell'ASP Palermo al 2020.

Nel distretto di Corleone nell'anno in esame sono stati presi in carico 330 assistiti, che corrispondono a circa il **1,5% della popolazione residente**.

Con riferimento alla **patologia** prevalente che sottende alla presa in carico (tabella di fianco), si rileva che le principali

Diagnosi	N.assistiti
Ulcerazione cronica della cute	68
Sintomi relativi all'apparato urinario	28
Frattura del collo del femore	27
Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	24
Disordini dei liquidi, degli elettroliti e dell'equilibrio acido-base	24
Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	23
Postumi di traumasmi del sistema osteomuscolare e del tessuto	13
Tumori maligni del colon	9
Altro (53 diagnosi)	114
<b>Totale</b>	<b>330</b>

problematiche riscontrate sono **“ulcerazione cronica della cute”**, seguito da **“sintomi dell’apparato urinario”** e **“frattura del collo del femore”**. Complessivamente si rilevano **61 diverse diagnosi**.

In media gli assistiti a domicilio hanno circa **79 anni** e per il **57% sono donne**. Analizzando i principali bisogni riscontrati si rileva che:

- il **29%** degli assistiti è **parzialmente autonomo** ed il **70%** non è autonomo;
- solo **6 assistiti su 100** presentano **assenza**, totale o parziale di **supporto sociale**;
- **più di 4 assistiti su 10** si **spostano assistiti**, mentre **5 su 10 non si spostano**;
- circa **2 assistiti su 5** hanno **disturbi cognitivi** e **1 su 10** presenta **disturbi comportamentali**.

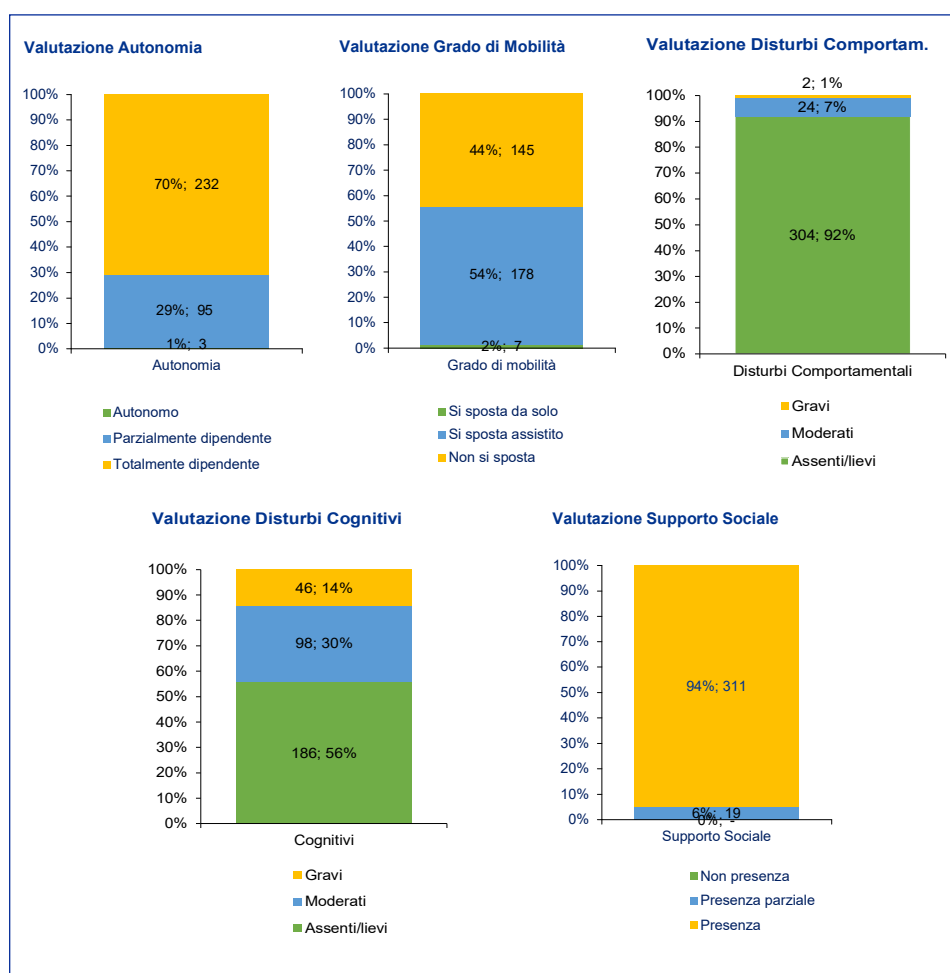


Figura 5 – indicatori sui bisogni rilevati

Il **90% degli accessi** è fatto da un **infermiere** o da un **fisioterapista** (rispettivamente il 67% ed il 23%). Le **prestazioni più frequentemente erogate** sono:

- **Medicazioni semplici** (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post-chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) (38% del totale prestazioni);
- **Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria** (20% del totale prestazioni);
- **Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie** (12% del totale prestazioni);
- **Visita domiciliare** (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio) (10% del totale prestazioni).

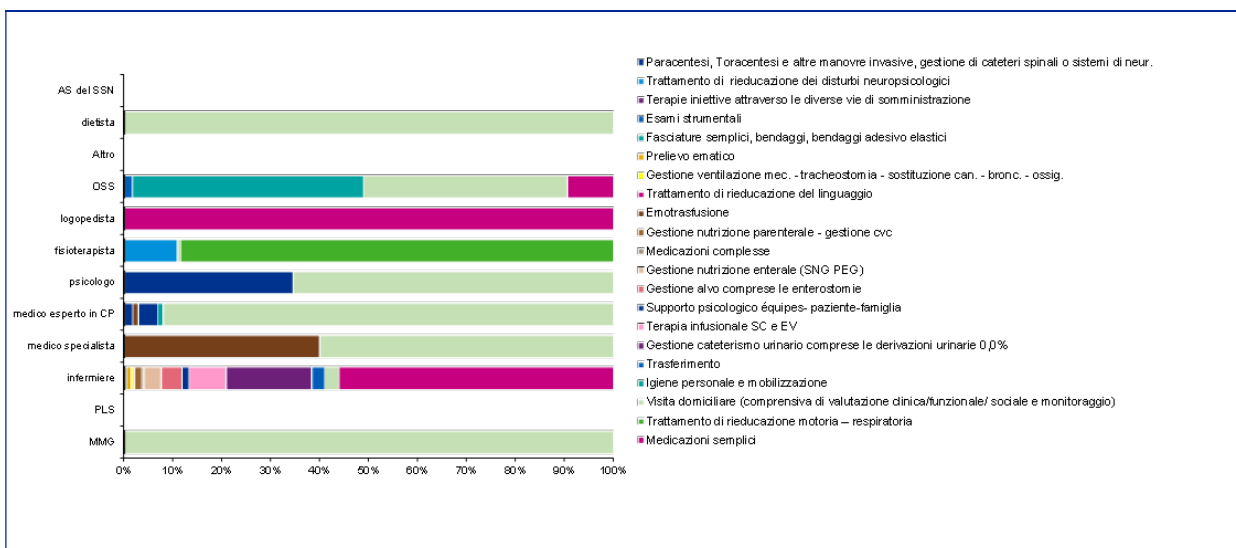


Figura 6 – prestazioni erogate per tipologia di operatore

Inoltre, rispetto agli assistiti a domicilio si segnala che:

- **112 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per patologia**, di cui il **50% ne ha più di 1**. I codici esenzione più ricorrenti sono diabete mellito, ipertensione e affezioni del sistema circolatorio;
- **11 assistiti** hanno il codice esenzione **“048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne”**;
- **3 assistiti** hanno un codice esenzione per **malattia rara**.

## 8.1 FOCUS COMUNE DI BISACQUINO

### IL TERRITORIO

Il Comune di Bisacchino ha una popolazione di 4.203 abitanti, di cui la **popolazione over 65** rappresenta il **29% del totale**. La popolazione under 14 è pari a 480 e rappresenta il 12% del totale.

Il **P.O. più vicino**, quello di **Corleone**, dista circa 20 minuti in auto.

Tra i Comuni che distano meno di 20 minuti di auto da Bisacchino ed in cui sono presenti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si segnalano Corleone (tempo guida circa 15 minuti) e Palazzo Adriano (tempo guida circa 15 minuti), sebbene quest'ultimo afferisca al distretto di Lercara Friddi.

Di contro, tra i Comuni che sono maggiormente vicini al Comune di Bisacchino si riportano: Chiusa Sclafani (tempo guida circa 5 minuti), Campofiorito (tempo guida circa 6 minuti), Giuliana (tempo guida circa 8 minuti), Contessa Entellina (tempo guida circa 15 minuti). Rispetto a tali Comuni, Bisacchino rappresenta il Comune più prossimo in cui insistono strutture di offerta dell'ASP o strutture private convenzionate. L'unica eccezione è rappresentata dalla branca odontoiatria, rispetto alla quale si segnala la presenza di una struttura privata convenzionata presso il Comune di Campofiorito.

Popolazione Bisacchino (al 1° Gennaio 2022)		
Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	23	1%
01-04 anni	120	3%
05-14 anni	337	8%
15-24 anni	417	10%
25-44 anni	877	21%
45-64 anni	1.198	29%
65-74 anni	538	13%
75-84 anni	422	10%
85+ anni	271	6%
<b>Totale</b>	<b>4.203</b>	<b>100%</b>

### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel Comune di Bisacchino è presente un **poliambulatorio** che, nel biennio analizzato ('19-'20), eroga prestazioni di **medicina fisica e riabilitazione** e branche a visita, quali **cardiologia, diabetologia, ortopedia, dermosifilopatia, neurologia e oncologia**. Sono inoltre presenti **due studi odontoiatrici convenzionati** all'interno del Comune.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del Comune sono: medicina fisica e riabilitazione (33%), odontostomatologia (20%) e radiologia (10%).

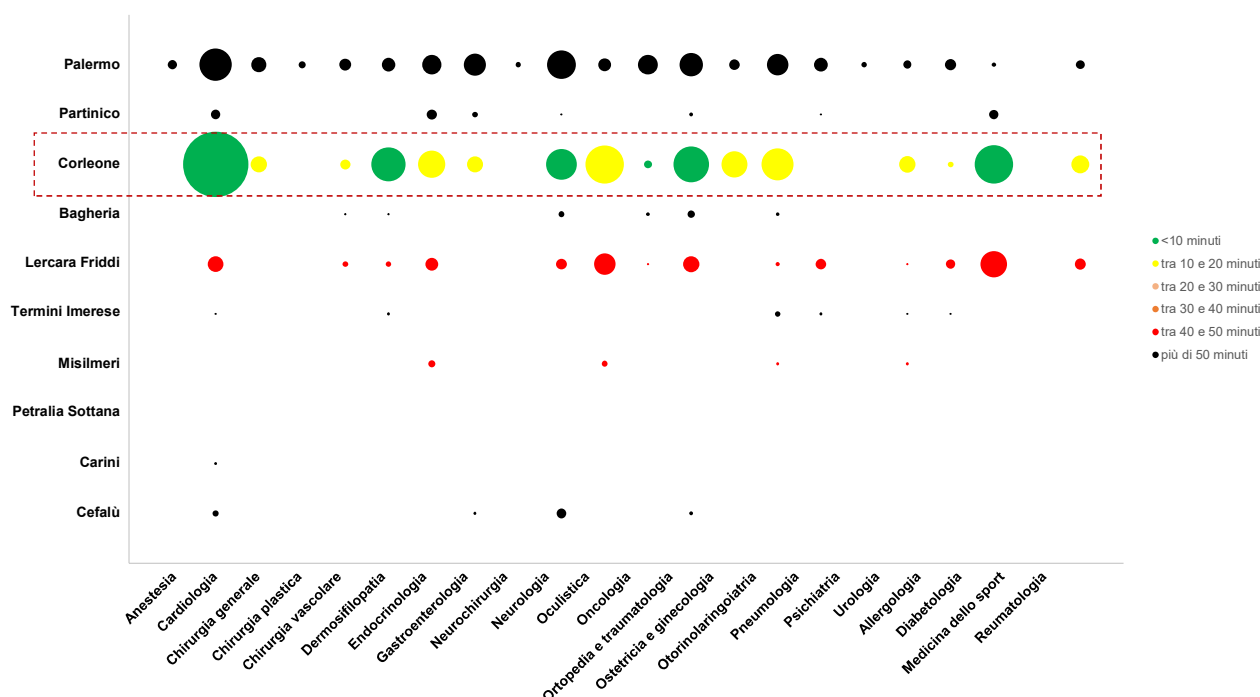
Complessivamente, il **70% della domanda** è **soddisfatto** da strutture locate **nel distretto**, in particolare presso il Comune di **Corleone** e nello stesso **Bisacchino**. Tra le branche rispetto alle quali emerge una **mobilità significativa** si segnalano **gastroenterologia (70%), neurologia (53%), pneumologia (100%) ed endocrinologia (50%)**. Per usufruire delle prestazioni afferenti a tali branche, i residenti di Bisacchino devono percorrere, in media, almeno 35 minuti in auto, circa 10 minuti in più rispetto al tempo medio complessivo.

In generale, si evidenzia che **la mobilità fuori distretto si concentra verso Palermo**, dove vengono soddisfatte circa il **15% del totale delle prestazioni**.

### MOBILITÀ BRANCHE A VISITA

Le **branche a visita** rappresentano circa il **30% della domanda totale** di prestazioni sanitarie.

Il grafico a bolle sottostante mostra, per ogni branca, il distretto presso il quale vengono erogate le prestazioni. L'ampiezza della bolla indica la numerosità delle prestazioni mentre il colore individua il tempo guida medio necessario per raggiungere il Comune in cui sono ubicate le strutture che erogano le prestazioni.



In generale, la maggior parte delle prestazioni è erogata da strutture che insistono nello stesso distretto del Comune di Bisacchino (distretto di Corleone), le quali soddisfano circa il 60% della domanda. In media, il tempo guida necessario per raggiungere i punti di offerta del distretto è compreso tra 10 e 20 minuti oppure è inferiore ai 10, per le branche erogate presso il Poliambulatorio di Bisacchino.

Tra i **distretti** maggiormente **attrattivi** si segnalano **Palermo** e **Lercara Friddi**, i quali raccolgono, rispettivamente, circa il 25% e il 10% delle prestazioni. Il tempo guida medio necessario è compreso tra 40 e 50 minuti per Lercara ed è maggiore di 50 minuti per Palermo.

Considerando le **singole branche**, la **mobilità** risulta significativa, anche in relazione al tempo guida, per le prestazioni di **neurologia** e **gastroenterologia**, le quali sono prevalentemente erogate presso le strutture ubicate nel distretto di Palermo.

Con riferimento alle **strutture** della provincia che spiegano la **mobilità** relativa alle branche a visita, le 6 principali sono il PTA di Palazzo Adriano (27%), il Policlinico di Palermo (16%), il Civico di Palermo (7%), l'Ospedale Buccheri la Ferla (7%), il P.O. Villa Sofia (6%) e il P.O. Cervello (4%).

Inoltre, si evidenzia che il **PTA di Palazzo Adriano** soddisfa il **10% della domanda totale** di branche a visita.

Denominazione	Distretto	N prestazioni	% domanda	% mobilità	Tempo guida (min.)
Pta Palazzo Adriano	Lercara Friddi	516	10%	27%	40
Az. Osp. Univ. Paolo Giaccone	Palermo	307	6%	16%	65
Ospedale Civico	Palermo	131	3%	7%	65
Ospedale Buccheri La Ferla	Palermo	130	3%	7%	65
P.O. Villa Sofia	Palermo	112	2%	6%	65
P.O. V. Cervello	Palermo	72	1%	4%	65



## DISTRETTO 41 - PARTINICO

### IL DISTRETTO

Il distretto di Partinico presenta una popolazione di 71.235 abitanti (circa il 6% della provincia), con una percentuale di **popolazione anziana** del **21,7%** ed una **popolazione under 18** del **17,7%**. In generale, l'età media è di 43 anni, dove il Comune "più giovane" è quello di Giardinello (età media di 41 anni) e quello "più anziano" è il Comune di Trappeto (età media di 47 anni).

Analizzando le singole fasce che in base alla normativa vigente sono destinatarie di programmi di screening si segnala che:

- **9.842 donne** con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening mammografico**;
- **18.961 donne** con età target (compresa tra 25 e 64 anni) per **pap test e Hpv Test**;
- **19.070** tra uomini e donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening del carcinoma colon retto**.

Il distretto insiste su un territorio avente una **superficie di 257 km<sup>2</sup>** e una densità di popolazione di 277 ab./km<sup>2</sup>. Complessivamente nel distretto vi sono 9 Comuni e quello di Partinico è quello con più residenti.

Comune	Abitanti	di cui >65 anni	di cui <18 anni	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab./km <sup>2</sup> )
Balestrate	6.160	1.641	908	6,43	958,04
Borgetto	7.069	1.345	1.338	26,02	271,64
Camporeale	3.029	657	551	38,72	78,23
Giardinello	2.267	428	449	12,88	175,95
Montelepre	5.844	1.249	1.034	9,89	590,83
Partinico	30.621	6.472	5.486	108,06	283,38
San Cipirello	5.050	1.025	927	20,85	242,18
San Giuseppe Jato	8.208	1.801	1.467	29,78	275,61
Trappeto	2.987	824	480	4,19	713,14
<b>Totale</b>	<b>71.235</b>	<b>15.442</b>	<b>12.640</b>	<b>256,83</b>	<b>277,36</b>

### DOMANDA E OFFERTA SOCIALE

Sulla base delle informazioni riportate nella relazione sociale di cui all'ultimo Piano di Zona disponibile, relativo al biennio 2020/2021, del distretto di Partinico, di seguito si riportano gli indicatori della domanda sociale del distretto, le strutture e i servizi offerti suddivisi per ogni area sociale d'intervento.

#### AREA POVERTÀ

Nel 2020 si segnalano 153 richieste di assistenza economica, 62 richieste per sostegno abitativo e 4.831 per reddito di cittadinanza. In aggiunta, si segnala che nello stesso anno si rilevano 24.691 persone in stato di disoccupazione (circa il 35% della popolazione), e 2 senza fissa dimora.

Tra i servizi erogati nel distretto, si segnala il Piano Operativo Nazionale inclusione e contrasto alla povertà, attraverso il quale si predispongono strumenti per la presa in carico delle persone con particolari fragilità, come misure economiche di sostegno al reddito (SIA / REI) e interventi di attivazione sociale e lavorativa, inseriti in progetti personalizzati.

#### AREA ANZIANI

Nel 2020 si segnalano 27 richieste di ricovero presso strutture residenziali, 3 per servizi semi-residenziali e 35 richieste interventi a carattere domiciliare. Confrontando questi valori con quelli registrati nel 2019, si nota una notevole diminuzione: in particolare il numero di richieste di ricovero era di 53 (-50%) e quello di interventi domiciliari 336 (-90%).

Nel territorio del distretto sono presenti 13 strutture residenziali per anziani (6 a Partinico, 4 a Borgetto, 1 a San Giuseppe Jato, 1 a Balestrate e 1 a Giardinello) e 3 strutture semi-residenziali (1 a Partinico, 1 a Balestrate e 1 a Giardinello), le quali hanno subito una riduzione di 3 unità rispetto al 2019. Tra i servizi offerti dal distretto per soddisfare le esigenze della popolazione anziana rientrano il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare), l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), i servizi sociali domiciliari e il servizio "Home care", messo in atto dall'INPS.

## AREA DIPENDENZE

Nel 2020 si segnalano 290 utenti in carico ai SERT (Servizi per le Tossicodipendenze), di cui 217 maschi e 73 femmine. Di questi soggetti, il 77% presenta dipendenza da sostanze stupefacenti, il 17% da alcool e il 5% da gioco d'azzardo. Rispetto al 2019, il numero di utenti in carico ai SERT è diminuito di 102 unità (-26%).

L'offerta di servizi rivolti alle dipendenze consiste in 11 strutture, di cui 1 dedicata ai malati di AIDS. Inoltre, tra i servizi offerti dal distretto, vi sono servizi di supervisione e controllo e di inclusione lavorativa. I SERT presenti nel distretto sono ubicati nei Comuni di Partinico e Montelepre.

## AREA DISABILI

Nel 2020 si segnalano 22 richieste di ricovero presso strutture residenziali, 1 richiesta di servizi semi-residenziali e 104 richieste di interventi a carattere domiciliare. Rispetto al 2019, i valori di questi indicatori hanno subito una riduzione del 50% circa. Il numero di alunni disabili iscritti nelle scuole del distretto è di 160.

Nel territorio del Distretto sono presenti 10 strutture residenziali (tra cui 8 Comunità Alloggio per disabili psichici e 1 Comunità per inabili) e 1 semi-residenziale. Rispetto al 2019, si contano 5 strutture residenziali e 1 semi-residenziale in meno. Tra i servizi attivi rientrano il Centro Salute Mentale (che nel 2020 ha avuto in carico 1.110 pazienti), il Centro Diurno di riabilitazione, un progetto di inserimento lavorativo e una CTA (Comunità Terapeutica Assistita).

## AREA IMMIGRATI

Nel 2020 si segnalano 2.375 stranieri nel distretto, di cui 1.288 uomini e 1.087 femmine, con un'incidenza sulla popolazione del 2,93%. Il 25% della popolazione straniera è composta da minori.

Nel distretto sono presenti 10 strutture di accoglienza per stranieri (4 a Partinico, 2 a Borgetto, 2 a San Giuseppe Jato, 1 a Trappeto e 1 a Balestrate) e sono attivi 10 tra servizi e progetti, tra cui attività di informazione, orientamento e supporto per il riconoscimento delle procedure di rifugiato, corsi di alfabetizzazione, corsi formativi e tirocini inclusivi finalizzati all'integrazione sociale e lavorativa.

## AREA MINORI FAMIGLIA

Nel 2020 i minori a carico dei servizi sociali erano 437 (+20% rispetto al 2019). Inoltre, sono stati registrati 95 casi di abbandono delle scuole dell'obbligo (+25% rispetto al 2019), la maggior parte a Partinico, San Giuseppe Jato e San Cipirello, e 14 casi di violenza sui minori, 10 a San Giuseppe Jato, 3 a Montelepre e 1 a Trappeto.

Per quanto riguarda le strutture presenti nel distretto, si segnalano 16 strutture per minori, tra cui 6 Comunità alloggio e 1 Centro di aggregazione. Tra i servizi e i progetti, per soggetti minori, attivi nel distretto rientrano: Educativa domiciliare (in tutti i Comuni), Spazio Neutro (presso il Comune di Partinico), Neuropsichiatria Infantile (presso Partinico e San Giuseppe Jato) e 4 consultori familiari (presso Partinico, San Giuseppe Jato, Balestrate e Montelepre).

## LE AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2019/2020

Nella tabella seguente sono riportate le azioni previste dal Piano di Zona 2019/2020 del distretto di Partinico, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni espressi dalla domanda sociale. Sono previste **8 azioni**, per un importo totale di N.D.

Aree d'intervento	Titolo azione	Descrizione	Importo
Minori-Famiglia	Spazio Famiglia: Accolto per essere accolto	L'azione riguarda l'attivazione dello Spazio Neutro e del Centro Affidato per favorire il benessere di bambini e adolescenti.	N.D.
Minori-Famiglia	Servizio di Educativa Domiciliare	Il servizio ha lo scopo di rafforzare l'apprendimento didattico dei minori e il ruolo genitoriale. L'azione è prevista per un arco temporale di 6 mesi ed include 38 nuclei familiari.	N.D.
Minori-Famiglia Disabili	Assistenza all'Autonomia e alla Comunicazione	Servizio rivolto agli alunni con disabilità, per migliorare le loro capacità Comunicative e la loro autonomia nella vita quotidiana.	113.516,17 €
Anziani Disabili	Servizio di Assistenza Domiciliare	Il servizio è volto a soddisfare le richieste da parte dei soggetti anziani e dei loro familiari, che esprimono il bisogno di ricevere un supporto e sostegno a domicilio, attraverso una figura specializzata OSA, per 2 ore settimanali per 12	85.994,69 €

Aree d'intervento	Titolo azione	Descrizione	Importo
		mesi.	
Disabili	Interventi di cui all'art.14 L.328/00	Servizio rivolto ai soggetti disabili residenti nel Distretto e punta a mettere in pratica azioni di inclusione sociale delle persone con disagio e disabilità psico-fisica attraverso progetti individualizzati.	N.D.
Disabili	Inclusione sociale delle persone con disagio e disabilità psichica	Servizio volto a soddisfare i bisogni degli utenti dei Servizi di Salute Mentale, attraverso progetti individualizzati, che potranno comprendere attività che favoriscano la socializzazione, la formazione e l'inserimento lavorativo.	N.D.
Servizio sociale professionale	Rafforzamento della Struttura Distrettuale	Rafforzamento della Struttura Distrettuale mediante l'assunzione a tempo determinato di 3 Assistenti Sociali, a 24 ore settimanali per 52 settimane.	53.746,68 €
Servizio sociale professionale	Incentivo personale Comunale	Stanziamiento di fondi per premiare l'operato del personale impegnato nella definizione e nell'attuazione del Piano di Zona, in proporzione alle ore da essi dedicate alla realizzazione del Piano e alla qualità del lavoro svolto.	21.880,33 €

## ANALISI CODICI ESENZIONE (CE)

Si rilevano **23.619 CE**, in prevalenza, **diabete mellito e ipertensione senza e con danno d'organo**, i quali rappresentano quasi il **55 % del totale** dei CE.

Rispetto alla popolazione, l'incidenza degli assistiti con codice esenzione aumenta in relazione alla fascia d'età e si rileva che poco meno di **1 abitante over 65 su 2 ha 1 codice esenzione per patologia**. Rispetto alla Provincia, si rileva una minore incidenza degli assistiti con età maggiore di 75 anni. Non si rilevano differenze in termini di genere.

Articolando i codici esenzione in base alla tipologia, emerge che:

- **5.107 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per invalidità** (codice "Cnn", "Gnn", "Lnn", "Nnn", "Snn", "Vnn");
- **14.166 assistiti** hanno almeno 1 **codice esenzione per patologia**, di cui 7.449 femmine e 6.717 maschi. Il **40%** di questi assistiti ha **2 o più codici esenzione** per patologia. Considerando solo i codici esenzione per le 3 principali patologie croniche, **diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO si contano rispettivamente 4.173, 105 e 27 assistiti**;
- **1.208 assistiti** hanno il **codice esenzione "048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne"**, di cui 523 maschi e 685 femmine. Non sono presenti informazioni relative alla tipologia di patologia neoplastica maligna;
- **412 assistiti** hanno un **codice esenzione per malattia rara**, di cui 230 femmine e 182 maschi e **69 assistiti hanno meno di 25 anni**. I codici più ricorrenti sono per **"sprue celiaca"** e **"difetti ereditari della coagulazione"**. 3 assistiti hanno 2 diversi codici esenzione per malattia rara;
- **73 assistiti** hanno un codice esenzione in quanto **in attesa o sottoposti a trapianto**, di cui 27 femmine e 46 maschi;
- tra gli altri, vi sono **5 assistiti** con codice esenzione per **donatori d'organo**, **6 assistiti** con codice esenzione **"011 - demenze"**, **31 assistiti** con codice esenzione **"F02 - prestazioni per minori affidati"** e **20 assistiti** con codice esenzione **"014 - dipendenze"**.

Analisi per Classe Codice Esenzione da NAR			
Classe Codice Esenzione (CE)	N. esenzioni	% tot. Distr.	% cum
Iperensione Arteriosa Con Danno D'Organo	5.130	21,7%	21,7%
Diabete Mellito	4.173	17,7%	39,4%
Iperensione Arteriosa (Senza Danno D'Organo)	3.493	14,8%	54,2%
Ipercolesterolemia Familiare Omozigote E Eterozig	1.763	7,5%	61,6%
Afezioni Del Sistema Circolatorio (Escluso: 453.0	1.697	7,2%	68,8%
Soggetti Affetti Da Patologie Neoplastiche Malign	1.208	5,1%	73,9%
Ipotiroidismo Congenito, Ipotiroidismo Acquisito G	1.151	4,9%	78,8%
Asma	693	2,9%	81,7%
...	...	...	...
Altro (57 classi)	4.311	18,3%	100%
<b>Totale Distretto</b>	<b>23.619</b>	<b>100%</b>	
<i>% sul Tot Regione</i>	5,4%		
<b>Totale Provincia</b>	<b>434.354</b>		

## I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONE CON PNRR

Nel distretto, sulla base delle informazioni rilevate dai CRIL e dai flussi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono presenti i servizi indicati nella figura. Nella mappa vengono inoltre indicate le 4 nuove case della Comunità che andranno ad essere implementate nel distretto. Si tratta di una casa di Comunità hub, che sarà locata a Partinico, e di tre case della Comunità spoke, una presso il Comune di Balestrate, una presso il Comune di San Giuseppe Jato e una presso il Comune di Camporeale, la quale dovrà essere messa in funzione entro il 2022.



## LE STRUTTURE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dall'analisi dei flussi di attività C e M relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si rilevano le seguenti strutture di offerta:

- Comune di Partinico:
  - P.O. Civico Partinico: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, laboratorio analisi, odontoiatria, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - Poliambulatorio Partinico: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - Casa Di Cura Igiea Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, laboratorio analisi, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - Centro Odontoiatrico Dott. Gaglio Francesco & C. S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;

- Centro Odontoiatrico Dr Giacomo Rappa & C. Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
- Clinica Dentale Del Dott. Erasmo Enia & C. S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
- Centro Ortopedico Fisioterapico Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita e medicina fisica e riabilitazione;
- Centro Medico Di Ortopedia e Fisiokinesiterapia Graziano Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita e medicina fisica e riabilitazione;
- Malpighi S.R.L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca nefrologia;
- Giuliano Dr. Francesco: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
- Centro Radiologico Dott. L. Sanzone & C. Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia;
- Beta Srl Radiologia: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia.
- Comune di Camporeale:
  - Studio Odontoiatrico Dr Cacioppo Vincenzo: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Borgetto:
  - Davi Francesco: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Consorzio Biogenesi S.C.A.R.L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio analisi.
- Comune di San Giuseppe Jato:
  - Ambulatorio Odontoiatrico Dott. Puleio Giovanni (Carollo Gaspare E Mario): struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Life Snc Di Giganti Gabriella & C.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia.
- Comune di Balestrate:
  - Dental World Di Palazzolo Eugenio & C. S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Montelepre:
  - Centro Odontoiatrico Rappa G. & C. Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.



## ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE

Diagnosi	N.assistiti
Ulcerazione cronica della cute	204
Frattura del collo del femore	132
Sintomi relativi all'apparato urinario	98
Emorragia cerebrale	66
Altre complicazioni di interventi, non classificati altrove	51
Altre anemie da carenza	48
Anemie da carenza di ferro	32
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	27
Altro (80 diagnosi)	362
<b>Totale</b>	<b>1.020</b>

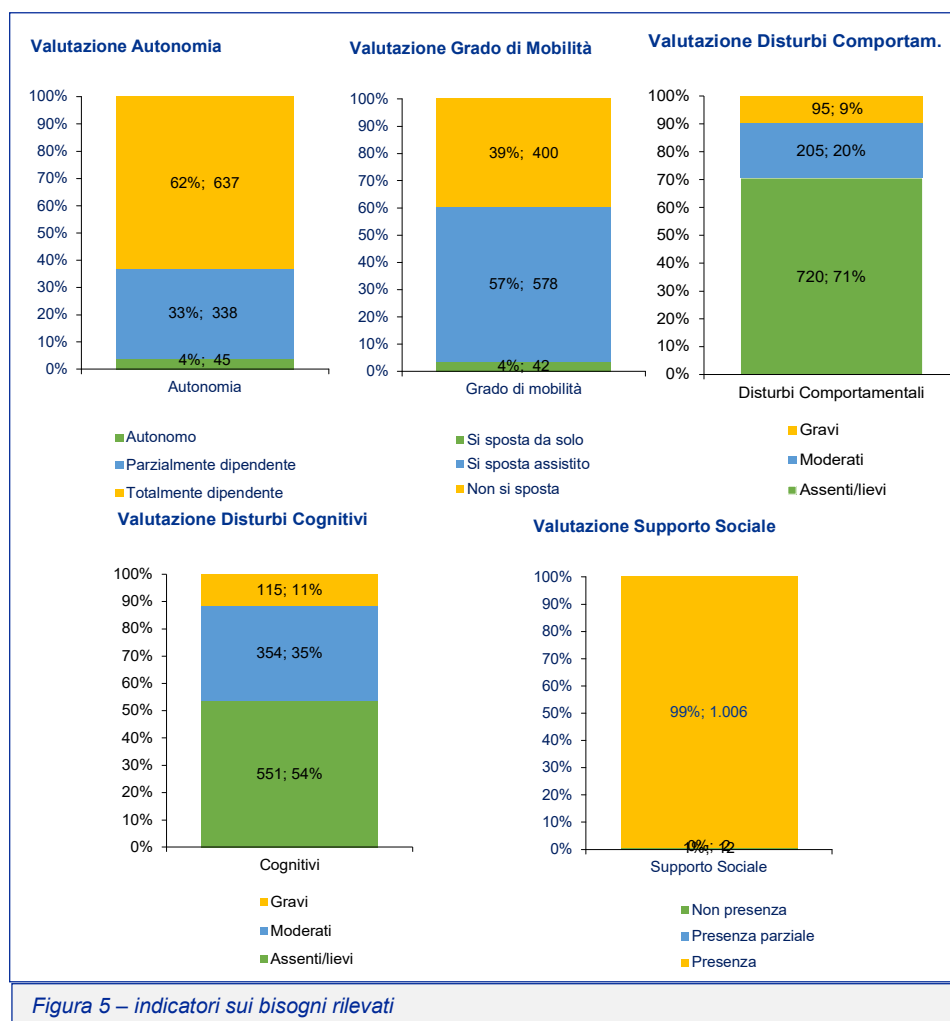
La seguente analisi è stata ricavata dall'elaborazione dei dati di cui al flusso SIAD dell'ASP Palermo al 2020.

Nel distretto di Partinico nell'anno in esame sono stati presi in carico 1.020 assistiti, che corrispondono a circa il **1,4% della popolazione residente**.

Con riferimento alla **patologia** prevalente che sottende alla presa in carico (tabella di fianco), si rileva che le principali problematiche riscontrate sono **“ulcerazione cronica della cute”**, seguito da **“frattura del collo del femore”** e **“sintomi dell'apparato urinario”**. Complessivamente si rilevano **88 diverse diagnosi**.

In media gli assistiti a domicilio hanno circa **77 anni** e per il **56% sono donne**. Analizzando i principali bisogni riscontrati si rileva che:

- il **33%** degli assistiti è **parzialmente autonomo** ed il **62%** non è autonomo;
- solo **1 assistito su 100** presenta **assenza**, totale o parziale di **supporto sociale**;
- circa **4 assistiti su 10** non si spostano, mentre quasi **6 su 10** hanno bisogno di assistenza;
- quasi la **metà degli assistiti** presenta **disturbi cognitivi** e **1 su 3** presenta **disturbi comportamentali**.



Il **80%** degli accessi è fatto da un **infermiere** o da un **fisioterapista** (rispettivamente il 57% ed il 23%). Le **prestazioni più** frequentemente erogate sono:

- **Medicazioni semplici** (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post-chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) (31% del totale prestazioni);
- **Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria** (22% del totale prestazioni);
- **Visita domiciliare** (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio) (14% del totale prestazioni);
- **Igiene personale e mobilizzazione** (6% del totale prestazioni);
- **Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie** (5% del totale prestazioni).

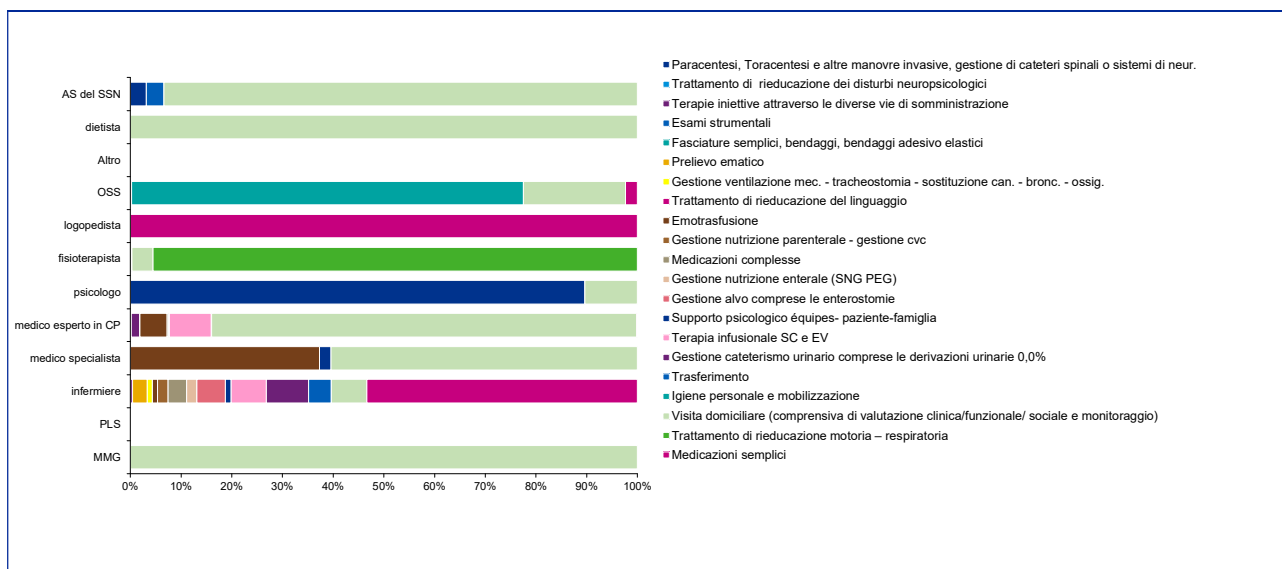


Figura 6 – prestazioni erogate per tipologia di operatore

Inoltre, rispetto agli assistiti a domicilio si segnala che:

- **305 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per patologia**, di cui il **44% ne ha più di 1**. I codici esenzione più ricorrenti sono ipertensione, diabete mellito e affezioni del sistema circolatorio;
- **46 assistiti** hanno il codice esenzione “**048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne**”;
- **9 assistiti** hanno un codice esenzione per **malattia rara**.

## 9.1 FOCUS COMUNE DI CAMPOREALE

### IL TERRITORIO

Il Comune di Camporeale ha una popolazione di 3.029 abitanti, di cui la **popolazione over 65** rappresenta il **22% del totale**. La popolazione under 14 è pari a 442 e rappresenta il 15% del totale.

Il **P.O. più vicino**, quello di **Partinico**, dista circa 25 minuti in auto.

Tra i Comuni che distano meno di 20 minuti di auto da Camporeale in cui sono presenti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si segnala San Giuseppe Jato (tempo guida circa 15 minuti), dove è presenti uno studio odontoiatrico e un centro radiologico, entrambi privati convenzionati.

Di contro, tra i Comuni che sono maggiormente vicini al Comune di Camporeale si riportano: San Cipirello (tempo guida circa 12 minuti) e Roccamena (tempo guida circa 14 minuti). Camporeale risulta il Comune più prossimo in cui insistono strutture di offerta dell'ASP o strutture private convenzionate rispetto al Comune di Roccamena, sebbene questo afferisca al distretto di Corleone.

Popolazione Camporeale (al 1° Gennaio 2022)		
Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	31	1%
01-04 anni	91	3%
05-14 anni	320	11%
15-24 anni	381	13%
25-44 anni	680	22%
45-64 anni	869	29%
65-74 anni	324	11%
75-84 anni	239	8%
85+ anni	94	3%
<b>Totale</b>	<b>3.029</b>	<b>100%</b>

### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel comune è presente uno **studio odontoiatrico convenzionato**.

Si evidenzia che gli abitanti di Camporeale per usufruire di una prestazione afferente a qualsiasi branca percorrono, in media, tra i 25 e i 45 minuti in auto, fatta eccezione per la branca di odontostomatologia (unica branca erogata nel Comune) per la quale sono sufficienti, in media, 5 minuti.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del comune sono medicina fisica e riabilitazione (23%), odontostomatologia (21%) e radiologia (18%).

Complessivamente, il **46% della domanda è soddisfatto** da strutture locate **nel distretto**, principalmente presso il comune di **Partinico** e, limitatamente ad odontoiatria, presso lo stesso comune di **Camporeale**.

In particolare, emerge una **mobilità significativa** per le prestazioni afferenti alle branche di **oculistica** (90%), **medicina fisica e riabilitazione** (85%), **otorinolaringoiatria** (75%), **cardiologia** (55%), **radiologia** (50%) e **ortopedia** (45%). Per usufruire di tutte queste prestazioni i pazienti devono percorrere, in media, fra 30 e 35 minuti in auto, cioè circa 5/10 minuti in più della media complessiva, fatta eccezione per medicina fisica e riabilitazione, per la quale il tempo guida è in linea con la media. In generale, per tutte le branche la mobilità risulta superiore al 50%, ad eccezione di odontoiatria, nefrologia e diabetologia.

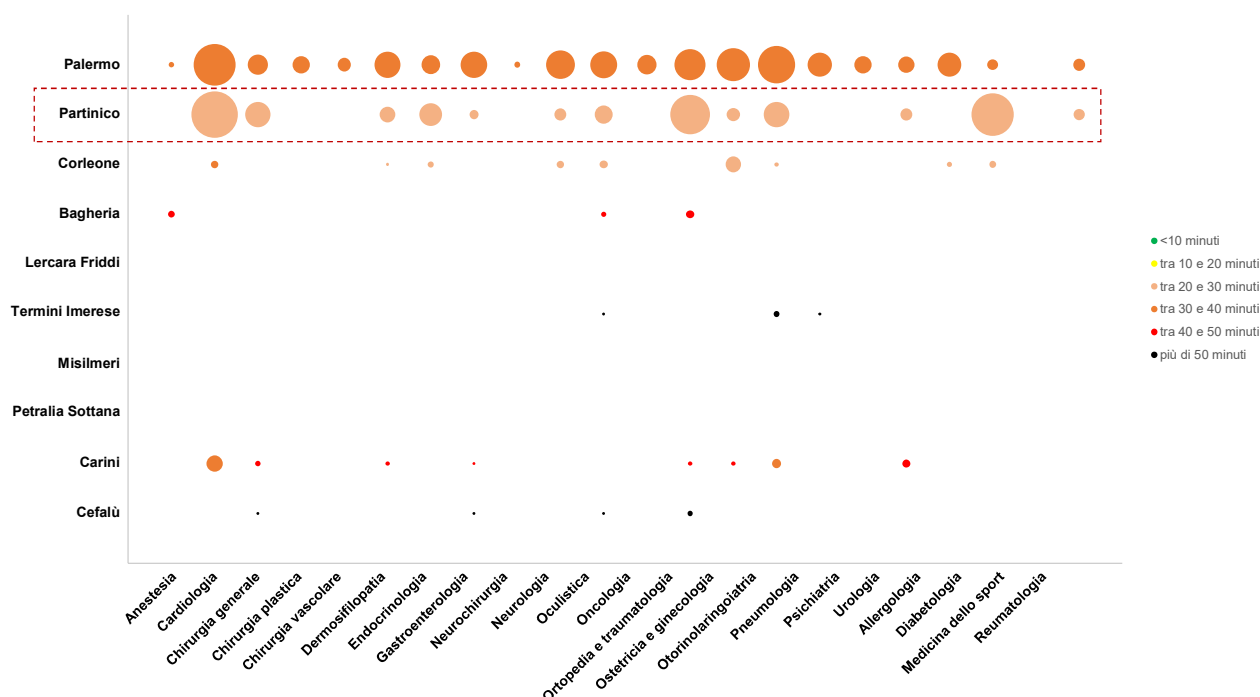
In generale, si evidenzia che **la mobilità fuori distretto si concentra verso** il Comune di **Palermo**, il quale spiega circa il 20% della domanda, e verso due Comuni della Provincia di Trapani, **Alcamo** e **Salaparuta**, i quali spiegano, rispettivamente, circa il 10% e il 15% della domanda. In particolare, a Salaparuta sono erogate soltanto prestazioni afferenti alla branca di medicina fisica e riabilitazione, corrispondenti al 65% della domanda per tale branca. La mobilità verso la Provincia di Trapani è dovuta alla vicinanza del Comune di Camporeale ai Comuni del Trapanese menzionati sopra, distanti, in media, circa 20/30 minuti in auto.

### MOBILITÀ BRANCHE A VISITA

Le **branche a visita** rappresentano circa il **30% della domanda totale** di prestazioni sanitarie.

Il grafico a bolle sottostante mostra, per ogni branca, il distretto presso il quale vengono erogate le prestazioni. L'ampiezza della bolla indica la numerosità delle prestazioni mentre il colore individua il tempo guida medio necessario per raggiungere il comune in cui sono ubicate le strutture che erogano le prestazioni.





In generale, la **maggior parte delle prestazioni** è erogata da strutture che insistono nel distretto di **Palermo**, il quale spiega circa il 45% della domanda di prestazioni afferenti alle branche a visita; per raggiungere tali strutture è necessario un tempo guida compreso tra i 30 e i 40 minuti. Invece, per raggiungere le strutture del distretto a cui afferisce il comune di Camporeale (distretto di Partinico), le quali spiegano circa il 33% della domanda di branche a visita, il tempo guida necessario è, in media, compreso tra i 20 e i 30 minuti. Si evidenzia, inoltre, che circa il 17% delle prestazioni afferenti alle branche a visita è erogato fuori provincia.

Considerando le **singole branche**, la **mobilità** risulta significativa, anche in relazione al tempo guida, per le prestazioni di **cardiologia, neurologia, dermosifilopatia, gastroenterologia, oculistica, ostetricia, pneumologia e otorinolaringoiatria**, le quali sono prevalentemente erogate presso le strutture ubicate nel distretto di Palermo. In particolare, per la branca di oculistica si segnala una mobilità significativa verso strutture ubicate fuori dalla Provincia, ad Alcamo in particolare, non visibile nel grafico a bolle riportato sopra.

Con riferimento alle **strutture** della provincia che spiegano la **mobilità** relativa alle branche a visita, le 6 principali sono il Policlinico di Palermo (13%), il Civico di Palermo (10%), il P.O. Cervello (9%), un centro oculistico di Alcamo (9%), il Poliambulatorio di Alcamo (5%) e l’Ospedale dei Bambini Di Cristina (4%).

Inoltre, si evidenzia che il **Policlinico** soddisfa il **9% della domanda totale** di branche a visita.

Denominazione	Distretto	N prestazioni	% domanda	% mobilità	Tempo guida (min.)
Az. Osp. Univ. Paolo Giaccone	Palermo	254	9%	13%	39
Ospedale Civico	Palermo	193	7%	10%	39
P.O. V. Cervello	Palermo	175	6%	9%	39
C/Tro Clinico Diagn. Oftalmol. Dott.Ssa Maltese Anna	Alcamo	172	6%	9%	26
Poliambulatorio Di Alcamo	Alcamo	102	4%	5%	26
Ospedale Dei Bambini G. Di Cristina	Palermo	80	3%	4%	39

## DISTRETTO 42 - PALERMO

### IL DISTRETTO

Il distretto di Palermo presenta una popolazione di 730.710 abitanti (circa il 60% della provincia), con una percentuale di **popolazione anziana** del **21,6%** ed una **popolazione under 18** del **17,7%**. In generale, l'età media è di 44 anni, dove il Comune "più giovane" è quello di Villabate (età media di 40 anni) e quello "più anziano" è il Comune di Ustica (età media di 48 anni).

Analizzando le singole fasce che in base alla normativa vigente sono destinatarie di programmi di screening si segnala che:

- **106.974 donne** con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening mammografico**;
- **201.271 donne** con età target (compresa tra 25 e 64 anni) per **pap test e Hpv Test**;
- **202.666** tra uomini e donne con età target (compresa tra 50 e 69 anni) per lo **screening del carcinoma colon retto**.

Il distretto insiste su un territorio avente una **superficie di 897 km<sup>2</sup>** e una densità di popolazione di 815 ab./km<sup>2</sup>. Complessivamente nel distretto vi sono 9 Comuni e quello di Palermo è quello con più residenti. In particolare, si segnala che al distretto afferiscono 2 Comuni insulari, il Comune di Ustica e quello di Lampedusa e Linosa.

Comune	Abitanti	di cui >65 anni	di cui <18 anni	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab./km <sup>2</sup> )
Altofonte	9.849	1.951	1.856	35,44	277,94
Belmonte Mezzagno	10.905	1.872	2.345	29,29	372,27
Monreale	38.226	6.998	7.461	530,18	72,10
Palermo	637.885	140.421	111.427	160,59	3.972,19
Piana degli Albanesi	5.658	1.435	773	64,92	87,16
Santa Cristina Gela	988	184	151	38,74	25,50
Ustica	1.271	337	171	8,24	154,23
Villabate	19.568	3.102	4.244	3,80	5.152,59
Lampedusa e Linosa	6.360	1.216	1.033	25,80	246,51
<b>Totale</b>	<b>730.710</b>	<b>157.516</b>	<b>129.461</b>	<b>896,99</b>	<b>814,62</b>

### DOMANDA E OFFERTA SOCIALE

Sulla base delle informazioni riportate nella relazione sociale di cui all'ultimo Piano di Zona disponibile, relativo al biennio 2019/2020, del distretto di Palermo, di seguito si riportano gli indicatori della domanda sociale del distretto, le strutture e i servizi offerti suddivisi per ogni area sociale d'intervento. Alcuni dei dati riportati nel Piano di Zona 2019/2020 riguardano soltanto 5 Comuni del distretto, Altofonte, Belmonte Mezzagno, Monreale, Santa Cristina Gela e Villabate. Tali dati verranno segnalati con un asterisco (\*).

#### AREA POVERTÀ

Nel 2018 si segnalano 116\* richieste di assistenza economica e 29.640 richieste di reddito di cittadinanza. Tra i servizi erogati nel distretto, nel 2018, si segnalano il Piano Operativo Nazionale inclusione, gli aiuti economici di sostegno al reddito REI, percepiti da 14.850 soggetti, la mediazione penale, lo Sportello di ascolto e i servizi Spondè, Helpline telefono giallo Afipres e attività in carcere Associazione "Un nuovo giorno".

#### AREA ANZIANI

Nel 2017 si segnalano 18\* richieste di ricovero presso strutture residenziali (Casa di Riposo, RSA, Comunità alloggio, ecc.), 294\* richieste presso strutture semi-residenziali, 180 richieste di servizi semi-residenziali (Centro Alzheimer Palermo) e 191\* richieste di assistenza domiciliare.

Nel territorio del distretto sono presenti 16 strutture residenziali per anziani (2 Case di Riposo, 6 strutture residenziali accreditate e 8 RSA) e 5 strutture semi-residenziali (Centri aggregativi). Tra i servizi offerti dal distretto per soddisfare le esigenze della popolazione anziana rientrano l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

## AREA DIPENDENZE

Nel 2018 si segnalano 3.880 utenti in carico ai SERT (Servizi per le Tossicodipendenze). Di questi soggetti, il 64% presenta dipendenza da sostanze stupefacenti, il 24% da alcool e il 12% da gioco d'azzardo.

Nel distretto sono presenti 2 CAT (Club Alcolologici Territoriali), presso il Comune di Palermo. Tra i servizi offerti dal distretto si rilevano il SERT di Palermo, il CEDISS (centro per il gioco d'azzardo patologico), l'intervento sanitario a bassa soglia con unità mobile di strada e ambulatorio per prevenzione globale e selettiva, il Cedral (Centro Disturbi Alimentari), il Progetto Telemaco e l'Osservatorio provinciale per le dipendenze patologiche.

## AREA DISABILI

Nel 2018 si segnalano 214\* richieste di ricovero presso strutture residenziali, CTA (Comunità Terapeutica Assistenziale) comprese, 127\* richieste di interventi a carattere domiciliare (SAD, ADI, ecc.) e 298 richieste di assistenza domiciliare. Nell'anno di riferimento, il numero di alunni disabili iscritti nelle scuole del distretto è di 105 mentre i soggetti con disagio psichico seguiti dai servizi territoriali sono 11.518.

Nel territorio del Distretto sono presenti 162 strutture residenziali (33 strutture residenziali accreditate, 122 Comunità residenziali e 7 CTA) e 18 semi-residenziali (Centri diurni e socioriabilitativi). Tra i servizi attivi rientrano e i servizi sociali domiciliari previsti dal progetto "Home Care Premium" nonché quelli previsti da SAD e ADI, il trasporto per portatori di handicap (diretto o con rimborso carburante) e il servizio igienico personale.

## AREA IMMIGRATI

Nel 2018 si segnalano 1.377\* stranieri.

Nel distretto sono presenti una struttura residenziale per migranti, presso il Comune di Santa Cristina Gela, e 20 Comunità per minori stranieri non accompagnati, a Palermo.

## AREA MINORI FAMIGLIA

Nel 2018 i minori a carico dei servizi sociali erano 28\*, mentre i casi di abbandono delle scuole dell'obbligo erano 69 e i casi di violenza sui minori 8\*. Inoltre, si segnala che 825 minori sono segnalati dall'autorità giudiziaria in ambito penale.

Per quanto riguarda le strutture presenti nel distretto, si riportano 3\* Comunità alloggio e 2\* strutture semi-residenziali (Centri aggregativi). Tra i servizi e i progetti, per soggetti minori, attivi nel distretto nell'anno di riferimento rientrano l'Ufficio Servizi Sociali Minori (U.S.S.M.), lo Spazio Neutro e il servizio di trasporto scolastico.

## LE AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2019/2020

Nella tabella seguente sono riportate le azioni previste dal Piano di Zona 2019/2020 del distretto di Palermo, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni espressi dalla domanda sociale. Sono previste **21 azioni**, per un importo totale di 742.500 €.

Aree d'intervento	Titolo azione		Descrizione	Importo
Minori-Famiglia	Centri minori e famiglie (presso i Comuni di Monreale, Villabate, Piana degli Albanesi, Santa Cristina Gela, Ustica, Lampedusa e Linosa)		Strutture aperte ai nuclei familiari del territorio, con la finalità di recuperare la centralità della funzione genitoriale come strumento che consenta di fronteggiare e/o prevenire situazioni di marginalizzazione sociale, di devianza, di dipendenza patologica e di ogni altra problematica.	669.230,72 €
Disabili Anziani	Servizio Domiciliare	Assistenza	Servizio rivolto ad anziani totalmente o parzialmente non autosufficienti, consistente nell'erogazione di prestazioni quali cura ed igiene della persona e dell'abitazione, consegna e somministrazione dei pasti a domicilio, accompagnamento all'esterno e piccole medicazioni.	815.045,15 €
Disabili	Centro diurno disabili - Lampedusa		Supportare i disabili ed i loro familiari nell'organizzazione di attività ludico-ricreative utilizzando tecniche e modalità ampiamente sperimentate (orto urbano, laboratorio salute, benessere e bellezza, attività grafico pittorica,	239.380,53 €

Aree d'intervento	Titolo azione	Descrizione	Importo
		laboratorio di cucina, etc.) con il coinvolgimento diretto delle famiglie.	
Disabili Minori	Piani Personalizzati Disabili e Minori Disabili Art.14 L.328/00	Il Piano prevede l'attuazione di interventi afferenti agli ambiti sociosanitario, integrazione socioeconomica o lavorativa, inserimento ed integrazione sociale, servizi alla persona disabile quali socioeducativi, riabilitativi e domiciliari.	2.766.505,4 €
Disabili Minori	Centri socioeducativi per disabili	Struttura non residenziale aperta alla Comunità, sviluppa progetti di accoglienza diurna. Accoglie persone con disabilità di vario ordine e grado con l'obiettivo di promuovere la crescita delle persone nella prospettiva di una progressiva inclusione sociale dando supporto alle famiglie. L'Azione prevede complessivamente 6 centri distribuiti nel territorio per la presa in carico di un massimo di 24 utenti per ogni centro.	899.886 €
Minori	Educativa di Strada	Il servizio è rivolto a gruppi naturali di adolescenti a rischio di devianza ed esclusione, che passano fuori una parte del loro tempo libero, per offrire ascolto e guida e comprendere le loro esigenze, nel tentativo di fornire strumenti utili ad orientarli. Le azioni sono relative ai Comuni di Piana degli Albanesi, Belmonte Mezzagno, Altofante, Lampedusa e Linosa, Villabate e Monreale.	1.925.288 €
Anziani	Centri Aggregativi Anziani Comune di Monreale	Centri rivolti alla popolazione anziana residente nel territorio Comunale, al fine di migliorare la qualità della vita dell'anziano attraverso il coinvolgimento di quest'ultimo in attività che gli forniscano stimoli di carattere cognitivo, affettivo e relazionale.	104.273,50 €
Immigrati Povertà- Esclusione sociale	Centro Residenziale per migranti vulnerabili	Predisposizione di attività di accoglienza, mediazione culturale, orientamento socio-sanitario e lavorativo rivolte ai migranti ospitati nel Centro Residenziale, aventi l'obiettivo di creare aggregazione ed inclusione sociale con l'accompagnamento ed il sostegno continuo degli operatori. Per ogni ospite del Centro sarà redatto un progetto rispondente alle necessità e caratteristiche della persona avente durata compresa fra 6 mesi e 1 anno.	240.384,61 €
Dipendenze	Percorsi Assistenziali per soggetti con Dipendenze Patologiche da sostanze (PAD)	Azione volta a sostenere la graduale uscita da un percorso residenziale di soggetti con dipendenze patologiche da sostanze. Il progetto implica la definizione di un percorso personalizzato a favore del destinatario, redatto da un team multiprofessionale di operatori che agiscono attraverso un'attività di monitoraggio con scambio periodico d'informazioni e la presenza di operatori del terzo settore aventi funzione di accompagnatori, mediatori e facilitatori dell'inclusione sociale.	320.366,63 €
Servizio sociale professionale	Incentivo Gruppi Piano	Stanziamiento di fondi per premiare l'operato del personale impegnato nella definizione e nell'attuazione del Piano di Zona, in proporzione alle ore da essi dedicate alla realizzazione del	173.712,82 €

Aree d'intervento	Titolo azione	Descrizione	Importo
		Piano e alla qualità del lavoro svolto. Le ore dedicate al PdZ dovranno essere svolte oltre l'orario ordinario di lavoro.	

### ANALISI CODICI ESENZIONE (CE)

Si rilevano **261.838 CE**, in prevalenza, **diabete mellito e ipertensione con e senza danno d'organo**, i quali rappresentano circa il **45% del totale** dei CE.

Rispetto alla popolazione, l'incidenza degli assistiti con codice esenzione aumenta in relazione alla fascia d'età e si rileva che poco meno di **1 abitante over 65 su 2 ha 1 codice esenzione per patologia**. Rispetto alla Provincia, si rileva una maggiore incidenza per gli over 84. Non si rilevano differenze in termini di genere.

Articolando i codici esenzione in base alla tipologia, emerge che:

- **40.711 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per invalidità** (codice "Cnn", "Gnn", "Lnn", "Nnn", "Snn", "Vnn");
- **147.518 assistiti** hanno almeno **1 codice esenzione per patologia**, di cui 77.769 femmine e 69.749 maschi. Circa il **40%** di questi assistiti ha **2 o più codici esenzione** per patologia. Considerando solo i codici esenzione per le 3 principali patologie croniche, **diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO si contano rispettivamente 37.565, 493 e 1.150 assistiti**;
- **18.523 assistiti** hanno il **codice esenzione "048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne"**, di cui 8.068 maschi e 10.455 femmine. Non sono presenti informazioni relative alla tipologia di patologia neoplastica maligna;
- **4.630 assistiti** hanno un **codice esenzione per malattia rara**, di cui 2.712 femmine e 1.918 maschi e **691 assistiti hanno meno di 25 anni**. I codici più ricorrenti sono per **"sprue celiaca"** e **"difetti ereditari della coagulazione"**. 87 assistiti hanno 2 diversi codici esenzione per malattia rara;
- **1.005 assistiti** hanno un codice esenzione in quanto **in attesa o sottoposti a trapianto**, di cui 364 femmine e 641 maschi;
- tra gli altri, vi sono **57 assistiti** con codice esenzione per **donatori d'organo**, **217 assistiti** con codice esenzione **"011 - demenze"**, **11.592 assistiti** con codice esenzione **"F02 - prestazioni per minori affidati"** e **391 assistiti** con codice esenzione **"014 - dipendenze"**

Analisi per Classe Codice Esenzione da NAR			
Classe Codice Esenzione (CE)	N. esenzioni	% tot. Distr.	% cum
Ipertensione Arteriosa Con Danno D'Organo	40.629	15,5%	15,5%
Ipertensione Arteriosa (Senza Danno D'Organo)	38.928	14,9%	30,4%
Diabete Mellito	37.565	14,3%	44,7%
Affezioni Del Sistema Circolatorio (Escluso: 453.0	28.139	10,7%	55,5%
Ipercolesterolemia Familiare Omozigote E Eterozig	20.907	8,0%	63,5%
Soggetti Affetti Da Patologie Neoplastiche Malign	18.523	7,1%	70,5%
Ipotiroidismo Congenito, Ipotiroidismo Acquisito G	13.068	5,0%	75,5%
Asma	9.723	3,7%	79,2%
...	...	...	...
Altro (65 classi)	54.356	20,8%	100%
<b>Totale Distretto</b>	<b>261.838</b>	<b>100%</b>	
<i>% sul Tot Regione</i>	<i>60,3%</i>		
<b>Totale Provincia</b>	<b>434.354</b>		

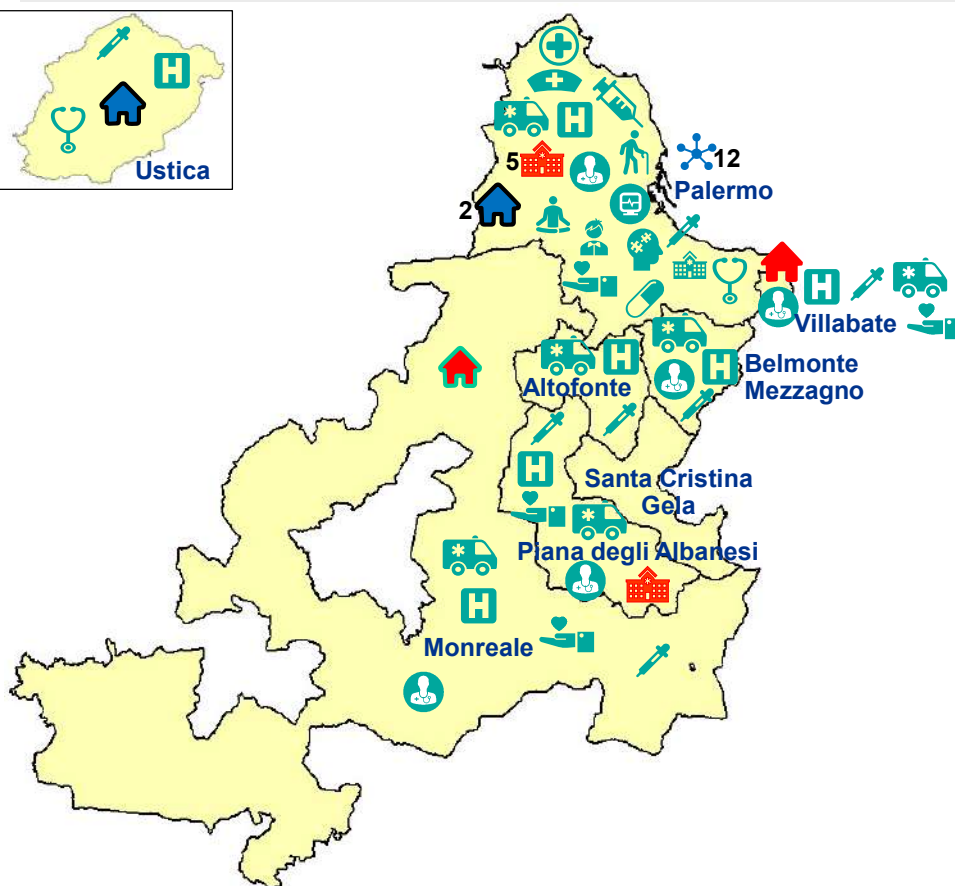
### I SERVIZI DEL TERRITORIO E PROIEZIONI CON PNRR

Nel distretto, sulla base delle informazioni rilevate dai CRIL e dai flussi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono presenti i servizi indicati nella figura. Nella mappa vengono inoltre indicate le 6 nuove case della Comunità che andranno ad essere implementate nel distretto. Si tratta di tre case della Comunità hub, che sarannolocate a Palermo, Ustica e Lampedusa, e di tre case della Comunità spoke, che saranno ubicate a Villabate, Monreale e Linosa. Le ultime due dovranno essere messe in funzione entro il 2022.

### Lampedusa e Linosa



Ospedale	Servizio tossico-dipendenze	CDA Alzheimer	Ambulatorio specialistico	Centro prelievi	Centro diagnostica strumentale/per immagini	C.d.C. spoke 2022
Centro vaccinazione	Centro salute mentale	Ambulatorio infermieristico	Postazione 118	Consultorio	Ospedale di comunità	Altre C.d.C. spoke
Guardia medica	Servizio psichiatrico diagnosi e cura	Privati convenzionati	Punto primo intervento	Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	C.d.C. HUB	COT

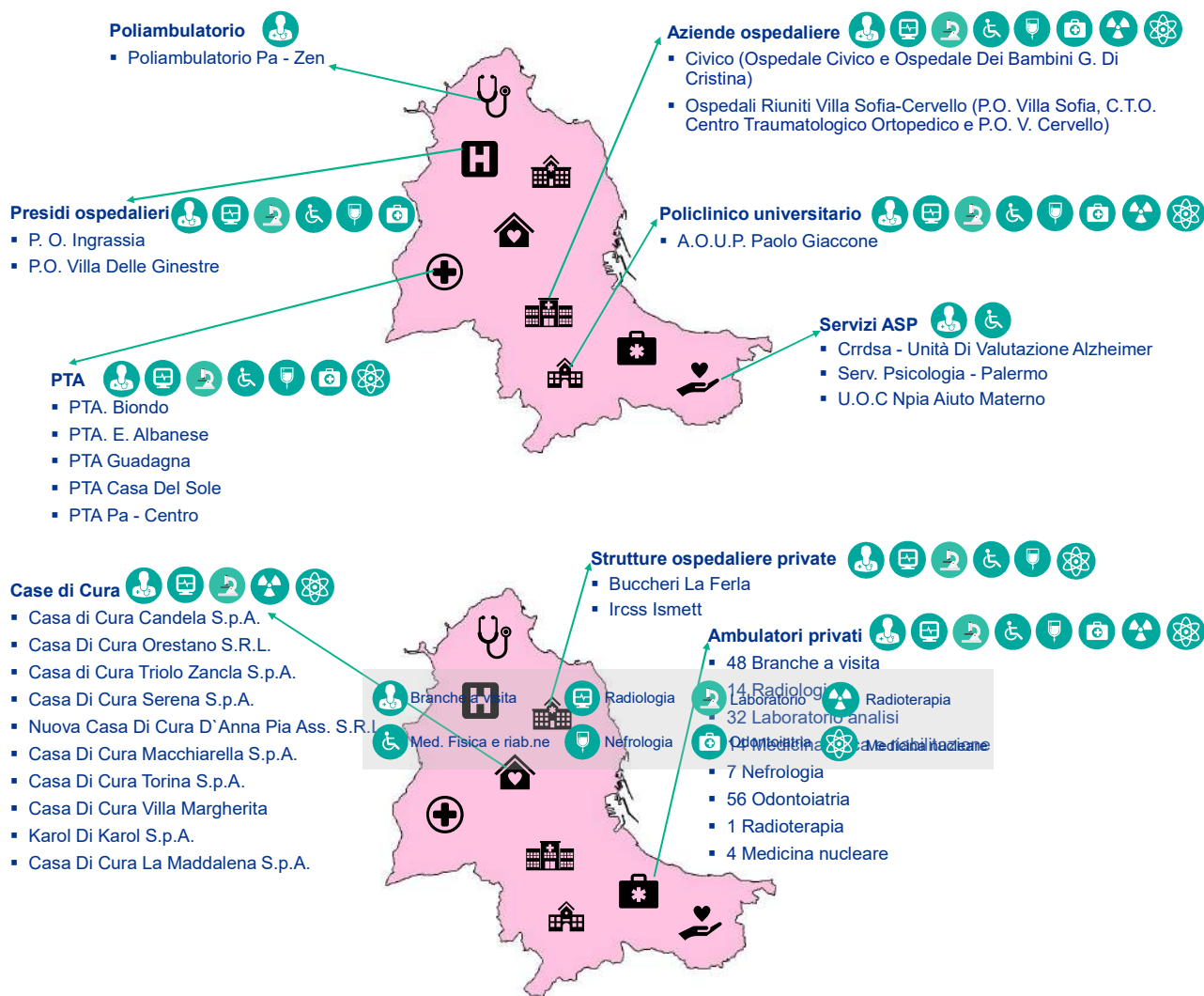


## LE STRUTTURE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dall'analisi dei flussi di attività C e M relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si rilevano le seguenti strutture di offerta:

- Comune di Palermo:
  - Poliambulatorio PA-Zen: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - P.O. Ingrassia: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, laboratorio, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - P.O. Villa delle Ginestre: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - PTA Biondo: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, radiologia, laboratorio, odontoiatria, medicina nucleare e medicina fisica e riabilitazione;
  - PTA Albanese: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, laboratorio, odontoiatria, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - PTA Guadagna: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, laboratorio, odontoiatria, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - PTA PA-Centro: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, laboratorio, odontoiatria, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - PTA Casa del Sole: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita e a medicina fisica e riabilitazione;
  - Policlinico Universitario Paolo Giaccone: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, radiologia, laboratorio, odontoiatria, medicina nucleare, radioterapia e medicina fisica e riabilitazione;
  - A.O. Civico - Ospedale Civico: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, radiologia, laboratorio, odontoiatria, medicina nucleare, radioterapia e medicina fisica e riabilitazione;
  - A.O. Civico - Ospedale dei Bambini G. Di Cristina: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, radiologia, laboratorio, odontoiatria, medicina nucleare e medicina fisica e riabilitazione;
  - A.O. Ospedali Riuniti - P.O. Villa Sofia: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, radiologia, laboratorio, odontoiatria, medicina nucleare, radioterapia e medicina fisica e riabilitazione;
  - A.O. Ospedali Riuniti - P.O. V. Cervello: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a nefrologia, radiologia, laboratorio, odontoiatria, medicina nucleare, radioterapia e medicina fisica e riabilitazione;
  - A.O. Ospedali Riuniti - Centro Traumatologico Ortopedico: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a radiologia, laboratorio, odontoiatria e medicina fisica e riabilitazione;
  - Crrdsa - Unità Di Valutazione Alzheimer: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita e a medicina fisica e riabilitazione;
  - Servizio Psicologia - Palermo: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita e a medicina fisica e riabilitazione;
  - U.O.C Npia Aiuto Materno - Palermo: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Buccheri La Ferla: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio, radiologia e medicina fisica e riabilitazione;
  - Ircss Ismett: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio, radiologia, nefrologia, medicina nucleare e medicina fisica e riabilitazione;
  - Casa di Cura Candela S.p.A.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita e a laboratorio;
  - Casa di Cura Torina S.p.A.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio e radiologia;
  - Casa di Cura Villa Margherita: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
  - Casa di Cura Serena: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio e radiologia;
  - Casa di Cura La Maddalena: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio, radiologia, medicina nucleare e radioterapia;
  - Casa di Cura Triolo Zancla: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio e radiologia;

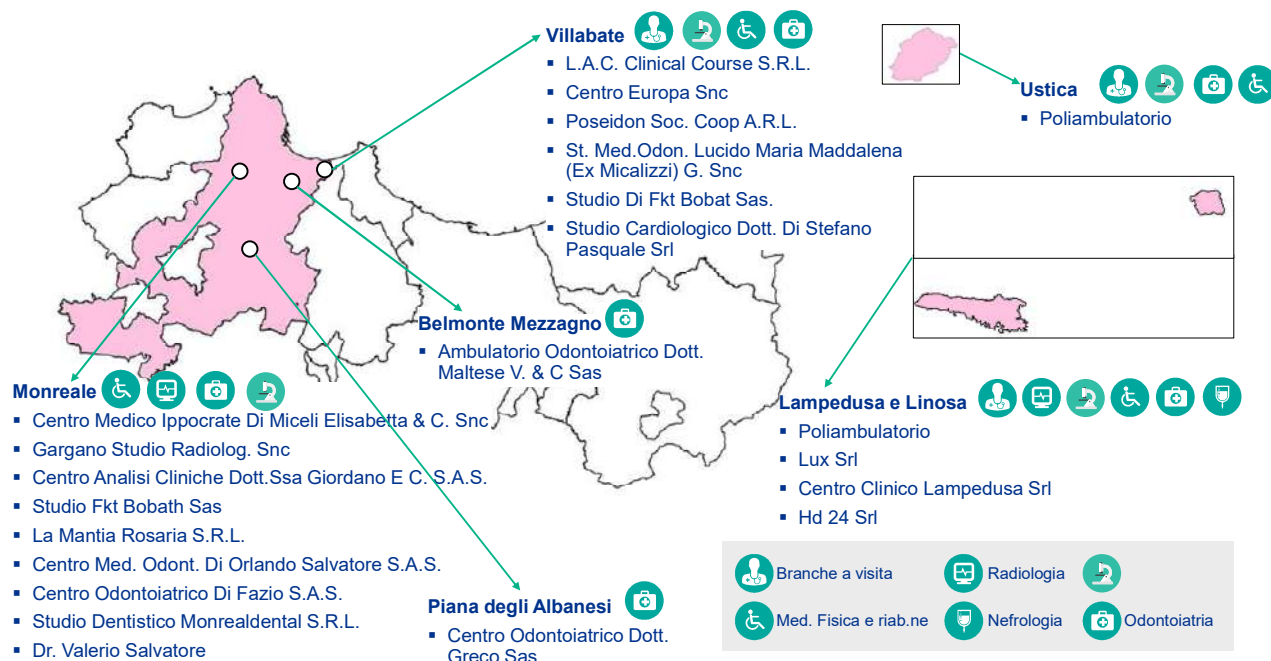
- Casa di Cura Macchiarella S.p.A.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio, radiologia e radioterapia;
- Casa di Cura Orestano S.R.L.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche laboratorio e radiologia;
- Nuova Casa di Cura D'Anna Pia S.R.L.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita;
- Karol di Karol S.p.A.: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia;
- 167 ulteriori strutture private convenzionate di cui: 48 erogano prestazioni afferenti alle branche a visita, 56 ad odontoiatria, 14 a radiologia, 7 a nefrologia, 32 a laboratorio, 14 a medicina fisica e riabilitazione, 4 a medicina nucleare e 1 a radioterapia.



- Comune di Monreale:
  - Studio Fkt Bobath Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Centro Analisi Cliniche Dott.Ssa Giordano E C. S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio;
  - La Mantia Rosaria S.R.L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio;
  - Centro Medico Ippocrate Di Miceli Elisabetta & C. Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - Centro Medico Odontoiatrico Di Orlando Salvatore S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;



- Centro Odontoiatrico Di Fazio S.A.S: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
- Dr. Valerio Salvatore: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
- Studio Dentistico Monrealdental S.R.L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
- Gargano Studio Radiologico Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca radiologia.
- Comune di Piana degli Albanesi:
  - Centro Odontoiatrico Dott. Greco Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Belmonte Mezzagno:
  - Ambulatorio Odontoiatrico Dott. Maltese V. & C Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria.
- Comune di Villabate:
  - Studio Medico Odontoiatrico Lucido Maria Maddalena (Ex Micalizzi) G. Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca odontoiatria;
  - L.A.C. Clinical Course S.R.L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio;
  - Centro Europa Snc: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Poseidon Soc. Coop A.R.L: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Studio Di Fkt Bobat Sas: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Studio Cardiologico Dott. Di Stefano Pasquale Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alle branche a visita.
- Comune di Ustica:
  - Poliambulatorio Ustica: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio e odontoiatria.
- Comune di Lampedusa e Linosa:
  - Poliambulatorio Lampedusa: eroga prestazioni afferenti alle branche a visita, a laboratorio, radiologia, odontoiatria e medicina fisica e riabilitazione;
  - Lux Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca medicina fisica e riabilitazione;
  - Centro Clinico Lampedusa Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca laboratorio;
  - Hd 24 Srl: struttura privata convenzionata che eroga prestazioni afferenti alla branca nefrologia.



## ANALISI ASSISTENZA DOMICILIARE

Diagnosi	N.assistiti
Ulcerazione cronica della cute	1.978
Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	1.130
Frattura del collo del femore	804
Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	632
Postumi delle malattie cerebrovascolari	333
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	332
Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori	275
Sintomi relativi all'apparato urinario	227
Altro (164 diagnosi)	4.100
<b>Totale</b>	<b>9.811</b>

La seguente analisi è stata ricavata dall'elaborazione dei dati di cui al flusso SIAD dell'ASP Palermo al 2020.

Nel distretto di Carini nell'anno in esame sono stati presi in carico 9.811 assistiti, che corrispondono a circa il **1,4% della popolazione residente**.

Con riferimento alla **patologia** prevalente che sottende alla presa in carico (tabella di fianco), si rileva che le principali problematiche riscontrate sono **“ulcerazione cronica della cute”**, seguito da **“patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce”** e **“frattura del collo del femore”**. Complessivamente si rilevano **172 diverse diagnosi**.

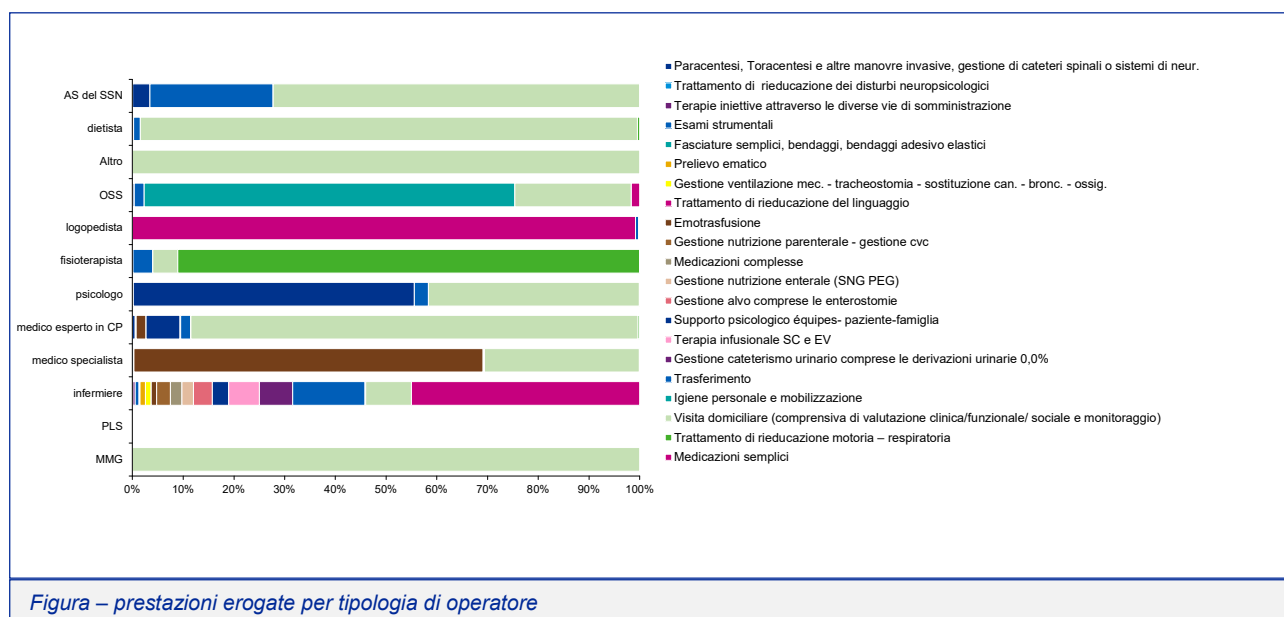
In media gli assistiti a domicilio hanno circa **77 anni** e per il **58% sono donne**. Analizzando i principali bisogni riscontrati si rileva che:

- il **60%** degli assistiti è **parzialmente autonomo** ed il **38%** non è autonomo;
- circa **1 assistito su 4** presenta **assenza**, totale o parziale di **supporto sociale**;
- circa **2 assistiti su 5** non si spostano, mentre **3 su 5** hanno **bisogno di assistenza**;
- **1 assistito su 3** presenta **disturbi cognitivi** e **1 su 5** presenta **disturbi comportamentali**

Circa il **90%** degli accessi è fatto da un **infermiere**, da un **fisioterapista** o da un **OSS** (rispettivamente il 51%, il 23% e il 16%). Le **prestazioni più** frequentemente erogate sono:

- **Medicazioni semplici** (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post-chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) (22% del totale prestazioni);
- **Tattamento di rieducazione motoria – respiratoria** (22% del totale prestazioni);
- **Visita domiciliare** (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio) (16% del totale prestazioni);
- **Igiene personale e mobilizzazione** (13% del totale prestazioni);

- **Trasferimento** (9% del totale prestazioni).



Inoltre, rispetto agli assistiti a domicilio si segnala che:

- **2.654 assistiti** hanno almeno un **codice esenzione per patologia**, di cui il **52% ne ha più di 1**. I codici esenzione più ricorrenti sono diabete mellito, ipertensione e affezioni del sistema circolatorio;
- **482 assistiti** hanno il codice esenzione **“048 - soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne”**;
- **63 assistiti** hanno un codice esenzione per **malattia rara**.

## 10.1 FOCUS COMUNE DI MONREALE

### IL TERRITORIO

Il Comune di Monreale ha una popolazione di 38.226 abitanti, di cui la **popolazione over 65** rappresenta il **18% del totale**. La popolazione under 14 è pari a 6.139 e rappresenta il 16% del totale. I circa 53.000 ettari di territorio fanno sì che sia il comune più grande della provincia e il suo territorio si intreccia con molti comuni limitrofi e presenta aree disagiate per l'estensione territoriale (Pioppo, Grisi ecc.).

Il **P.O. più vicino è l'Ingrassia**, a **Palermo**, distante circa 5 minuti in auto dal centro storico da cui gli altri Presidi Ospedalieri di riferimento risultano raggiungibili in 20/30 minuti in auto.

Tra i Comuni che distano meno di 20 minuti di auto da Monreale in cui sono presenti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si segnalano Palermo (tempo guida circa 8 minuti), Villabate (tempo guida circa 13 minuti), Ficarazzi (tempo guida circa 15 minuti), Belmonte Mezzagno (tempo guida circa 17 minuti), Isola delle Femmine (tempo guida circa 17 minuti), Borgetto (tempo guida circa 17 minuti), Misilmeri (tempo guida circa 18 minuti), Bagheria (tempo guida circa 20 minuti) e Partinico (tempo guida circa 20 minuti). Tra questi, soltanto Palermo, Misilmeri, Bagheria e Partinico ospitano strutture pubbliche. In particolare, Monreale risulta il Comune più prossimo in cui insistono strutture di offerta dell'ASP o strutture private convenzionate rispetto al Comune di Altofonte (tempo guida circa 10 minuti).

### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel Comune sono presenti **9 strutture private convenzionate**, nello specifico 5 sono studi odontoiatrici, **2 laboratori di analisi**, **1 studio radiologico** e **1** eroga prestazioni afferenti alla branca **medicina fisica e riabilitazione**.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del Comune sono: medicina fisica e riabilitazione (29%), radiologia (17%), odontostomatologia (14%) e cardiologia (6%).

Popolazione Monreale (al 1° Gennaio 2022)		
Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	332	1%
01-04 anni	1.541	4%
05-14 anni	4.266	11%
15-24 anni	4.171	11%
25-44 anni	9.776	26%
45-64 anni	11.142	29%
65-74 anni	3.894	10%
75-84 anni	2.205	6%
85+ anni	899	2%
<b>Totale</b>	<b>38.226</b>	<b>100%</b>

Si evidenzia che gli abitanti di Monreale, per usufruire di una prestazione afferente a qualsiasi branca, percorrono, in media, meno di 15 minuti in auto.

Complessivamente, il **92% della domanda** complessiva è **soddisfatta** da strutture locate **nel distretto**, principalmente presso il Comune di **Palermo** (57%) e presso lo stesso **Monreale** (35%), limitatamente alle 4 branche erogate nel territorio Comunale.

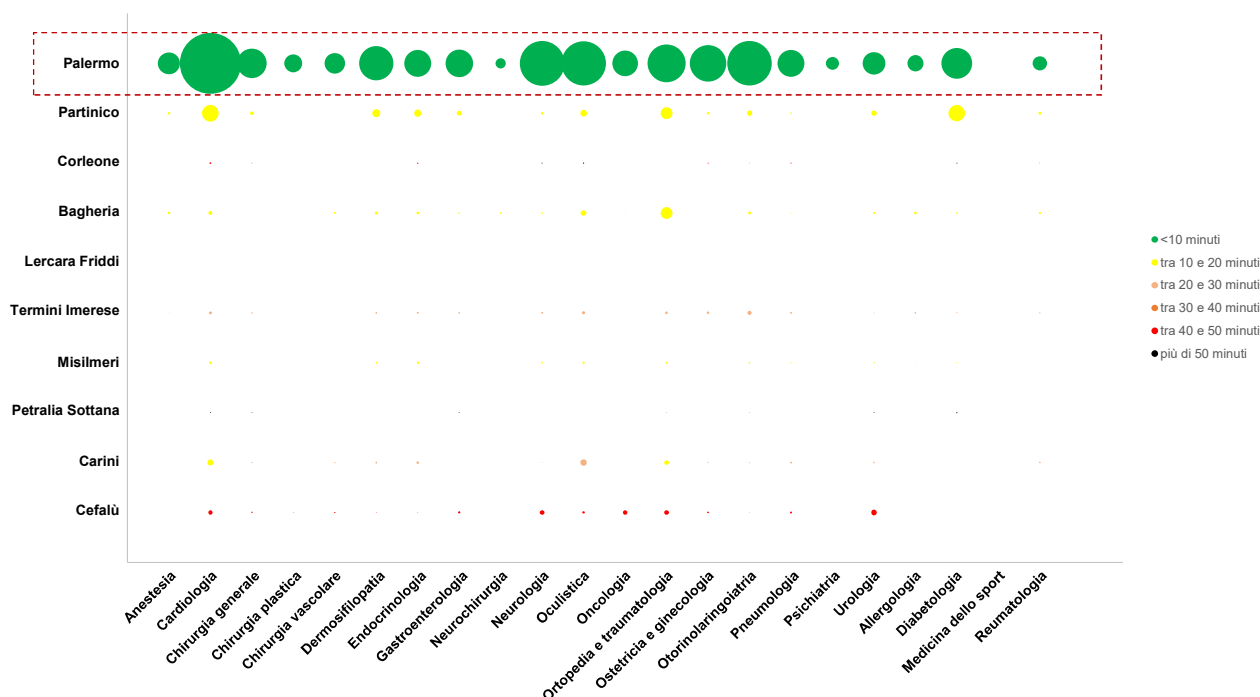
In particolare, emerge una **non trascurabile mobilità** (superiore al 15%) per le prestazioni afferenti **alle branche di diabetologia** (23%), **ortopedia** (20%) e **radiologia** (15%).

In generale, la **mobilità fuori distretto si concentra verso** il Comune di **Partinico**, il quale spiega il 4% della domanda totale.

### MOBILITÀ BRANCHE A VISITA

Le **branche a visita** rappresentano circa il **32% della domanda totale** di prestazioni sanitarie.

Il grafico a bolle sottostante mostra, per ogni branca, il distretto presso il quale vengono erogate le prestazioni. L'ampiezza della bolla indica la numerosità delle prestazioni mentre il colore individua il tempo guida medio necessario per raggiungere il Comune in cui sono ubicate le strutture che erogano le prestazioni.



In generale, circa il 93% delle prestazioni è erogato da strutture che insistono nello stesso distretto del Comune di Monreale (distretto di Palermo). In media, il tempo guida necessario per raggiungere i punti di offerta del distretto è inferiore ai 10 minuti.

Tra i **distretti** maggiormente **attraenti** si segnala **Partinico**, il quale raccoglie circa il 4% delle prestazioni. Il tempo guida medio necessario per raggiungere le strutture ubicate nel distretto di Partinico è compreso tra 10 e 20 minuti.

Considerando le **singole branche**, risulta una non trascurabile **mobilità**, anche in relazione al tempo guida, per le prestazioni di **diabetologia** e **ortopedia**, le quali sono erogate, per una buona parte, presso le strutture ubicate nel distretto di Partinico, ma per ortopedia si segnala una mobilità significativa anche verso Bagheria.

Con riferimento alle **strutture** della provincia che spiegano la **mobilità** relativa alle branche a visita, le 6 principali sono il P.O. Civico di Partinico (29%), il Poliambulatorio di Partinico (18%), il Dipartimento Rizzoli-Sicilia (9%), la Fondazione Giglio di Cefalù (7%), la Casa di Cura Igiea di Partinico (7%) e il PTA di Bagheria (5%).

Inoltre, si evidenzia che il **Civico di Partinico**, nonostante sia la struttura verso cui converge la maggior parte della mobilità fuori distretto, soddisfa appena il **1% della domanda totale** di branche a visita.

Denominazione	Distretto	N prestazioni	% domanda	% mobilità	Tempo guida (min.)
P.O. Civico Partinico	Partinico	1316	1%	29%	20
Poliambulatorio - Partinico	Partinico	803	1%	18%	20
Dipartimento Rizzoli-Sicilia	Bagheria	390	0%	9%	18
Fond.Ne Istituto Giglio	Cefalù	318	0%	7%	42
Casa Di Cura Igiea Srl	Partinico	306	0%	7%	20
Pta Bagheria	Bagheria	213	0%	5%	18

## 10.2 FOCUS COMUNE DI LAMPEDUSA E LINOSA

### IL TERRITORIO

Il Comune di Lampedusa e Linosa ha una popolazione di 6.360 abitanti, di cui la **popolazione over 65** rappresenta il **19% del totale**. La popolazione under 14 è pari a 832 e rappresenta il 13% del totale.

Data la natura insulare del Comune, **non ci sono presidi ospedalieri raggiungibili in auto**. Per raggiungere un P.O, gli abitanti di Lampedusa e Linosa, devono prendere o un traghetto per Porto Empedocle oppure un aereo per Palermo o Catania. In particolare, dall'isola di Linosa per prendere un aereo è necessario prima prendere un aliscafo per l'isola di Lampedusa, distante circa 1 ora di navigazione, dove è ubicato l'aeroporto.

Da **Lampedusa**, per raggiungere il **P.O. di Agrigento**, sono necessarie 4 ore di aliscafo fino a Porto Empedocle e poi circa 15 minuti di auto fino ad Agrigento, mentre da **Linosa** le ore di navigazione sono 3. Per raggiungere i P.O. delle città siciliane raggiungibili da Lampedusa con un aereo e bisogna prendere un volo, della durata di circa 1 ora, per Palermo o Catania e poi, dai rispettivi aeroporti, sono necessari circa 20 minuti per raggiungere il **P.O. Cervello**, a Palermo, e 15 minuti per raggiungere il **Policlinico di Catania**. Da Linosa, invece, è necessario prima prendere l'aliscafo per Lampedusa, quindi i tempi per raggiungere i P.O. ubicati a Palermo o Catania si allungano di circa 1 ora.

Classi d'età	Valori assoluti	Valori %
0 anni	60	1%
01-04 anni	227	4%
05-14 anni	545	9%
15-24 anni	692	11%
25-44 anni	1.649	26%
45-64 anni	1.971	31%
65-74 anni	637	10%
75-84 anni	433	7%
85+ anni	146	2%
<b>Totale</b>	<b>6.360</b>	<b>100%</b>

Da **Lampedusa**, per raggiungere il **P.O. di Agrigento**, sono necessarie 4 ore di aliscafo fino a Porto Empedocle e poi circa 15 minuti di auto fino ad Agrigento, mentre da **Linosa** le ore di navigazione sono 3. Per raggiungere i P.O. delle città siciliane raggiungibili da Lampedusa con un aereo e bisogna prendere un volo, della durata di circa 1 ora, per Palermo o Catania e poi, dai rispettivi aeroporti, sono necessari circa 20 minuti per raggiungere il **P.O. Cervello**, a Palermo, e 15 minuti per raggiungere il **Policlinico di Catania**. Da Linosa, invece, è necessario prima prendere l'aliscafo per Lampedusa, quindi i tempi per raggiungere i P.O. ubicati a Palermo o Catania si allungano di circa 1 ora.

### DOMANDA E OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel Comune è presente un **poliambulatorio** che, nel biennio analizzato ('19-'20), eroga prestazioni afferenti alle **branche a visita, odontoiatria, radiologia, laboratorio analisi e medicina fisica e riabilitazione**.

Inoltre, nel Comune sono presenti **3 privati convenzionati**, eroganti prestazioni afferenti alle branche di **medicina fisica e riabilitazione, laboratorio analisi e nefrologia**. Si evidenzia che **tutte le strutture**, sia i privati che il poliambulatorio, sono ubicate sull'isola di **Lampedusa**, in quanto almeno il 90% della popolazione del Comune vive su quest'isola.

Le branche che, in termini di quantità, caratterizzano maggiormente la domanda soddisfatta dei residenti del Comune sono: medicina fisica e riabilitazione (42%), radiologia (8%), odontostomatologia (7%) e cardiologia (6%).

Complessivamente, il **96% della domanda** complessiva è **soddisfatta** da strutture locate **nel distretto**, principalmente presso il Comune di **Lampedusa e Linosa** (92%) e, in forma residua, anche presso il Comune di **Palermo** (4%).

In particolare, emerge una **mobilità significativa** (superiore al 50%) per le prestazioni afferenti **alle branche di medicina nucleare** (65%) e **radioterapia** (54%).

In generale, la **mobilità fuori distretto si concentra verso** il Comune di **Agrigento**, quindi al di fuori del territorio dell'ASP, il quale spiega, Comunque, una percentuale residua della domanda (2%).

Rispetto alle branche a visita, si rileva maggiore mobilità per gastroenterologia (11%), neurologia (11%), ortopedia (8%), ostetricia (8%), pneumologia (7%), diabetologia (10%), allergologia (43%) e reumatologia (58%). Si evidenzia che le ultime 4 branche rappresentano una componente residua della domanda totale (inferiore al 1%).

## ALCUNI DATI DISTRETTUALI A CONFRONTO

In sintesi, per una lettura finalizzata alla equità degli interventi, si riporta una tabella con i principali flussi distrettuali

Patologie	Ipertensione arter. con danno d'organo		Diabete Mellito		Afezioni sist. circol. (escl. 453.0)		Ipertensione arter. senza danno d'organo		Ipercolesterolemia famil. omoz. e eteroz.		Patologie neoplastiche maligne		Ipotiroidismo congenito, acquisito		altro	
	n. esenzioni	% tot. Distretto	n. esenzioni	% tot. Distretto	n. esenzioni	% tot. Distretto	n. esenzioni	% tot. Distretto	n. esenzioni	% tot. Distretto	n. esenzioni	% tot. Distretto	n. esenzioni	% tot. Distretto	n. esenzioni	% tot. Distretto
<b>Distretti</b>																
<b>33 Cefalù</b>	4.840	<b>23,2</b>	2.777	<b>13,3</b>	2.581	<b>12,4</b>	2.271	<b>10,9</b>	1.414	<b>6,8</b>	1.319	<b>6,3</b>	987	<b>4,7</b>	4651/59 classi	<b>22,3</b>
<b>34 Carini</b>	4.609	<b>17,0</b>	4.626	<b>17,1</b>	2.375	<b>8,8</b>	4.378	<b>16,2</b>	1.432	<b>5,3</b>	2.049	<b>7,6</b>	1.353	<b>5,0</b>	6.260/59 classi	<b>23,1</b>
<b>35 Petralia</b>	2.201	<b>19,6</b>	1.476	<b>13,2</b>	1.397	<b>12,5</b>	2.018	<b>18,0</b>	590	<b>5,3</b>	506	<b>4,5</b>	642	<b>5,7</b>	2.375/58 classi	<b>21,2</b>
<b>36 Misilmeri</b>	2.579	<b>13,7</b>	3.160	<b>16,8</b>	2.005	<b>10,7</b>	3.189	<b>16,9</b>	1.224	<b>6,5</b>	1.278	<b>6,8</b>	909	<b>4,8</b>	4.478/57 classi	<b>23,8</b>
<b>37 Termini Imerese</b>	1.898	<b>9,3</b>	3.740	<b>18,3</b>	2.418	<b>11,8</b>	4.411	<b>21,5</b>	1.149	<b>5,6</b>	1.230	<b>6,0</b>	903	<b>4,4</b>	4737/59 classi	<b>23,1</b>
<b>38 Lercara Friddi</b>	2.051	<b>17,3</b>	2.103	<b>17,8</b>	1.394	<b>11,8</b>	1.711	<b>14,4</b>	847	<b>7,2</b>	630	<b>5,3</b>	498	<b>4,2</b>	2.608/55 classi	<b>22,0</b>
<b>39 Bagheria</b>	5.542	<b>18,9</b>	4.310	<b>14,7</b>	2.995	<b>10,2</b>	4.081	<b>13,9</b>	1.904	<b>6,5</b>	2.545	<b>8,7</b>	1.085	<b>3,7</b>	6.875/63 classi	<b>23,5</b>
<b>40 Corleone</b>	1.616	<b>17,4</b>	1.772	<b>19,1</b>	1.012	<b>10,9</b>	1.619	<b>17,4</b>	529	<b>5,7</b>	543	<b>5,8</b>	343	<b>3,7</b>	1.849/48 classi	<b>19,9</b>
<b>41 Partinico</b>	5.130	<b>21,7</b>	4.173	<b>17,7</b>	1.697	<b>7,2</b>	3.493	<b>14,8</b>	1.763	<b>7,5</b>	1.208	<b>5,1</b>	1.151	<b>4,9</b>	5.004/58 classi	<b>21,2</b>
<b>42 Palermo</b>	40.629	<b>15,5</b>	37.565	<b>14,3</b>	28.139	<b>10,7</b>	38.928	<b>14,9</b>	20.907	<b>8,0</b>	18.523	<b>7,1</b>	13.068	<b>5,0</b>	64.079/66 classi	<b>24,5</b>
	71.095		65.702		46.013		66.099		31.759		29.831		20939		102.916	

## CONCLUSIONI

In linea con i dati regionali (Profilo di Salute PRP 2020-2025 - DASOE), anche nella provincia di Palermo il carico delle malattie croniche non trasmissibili è particolarmente rilevante. La mortalità per malattie circolatorie è più alta che nel resto del paese. Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la dimensione del ricorso alle cure per tale categoria diagnostica.

Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete (specie nel sesso femminile), i traumatismi ed incidenti stradali (nelle fasce di età più giovani) e le malattie respiratorie. Anche le malattie croniche di fegato assumono una certa rilevanza, specie tra le donne. La patologia tumorale pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese si avvicina ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcuni specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore dell'utero e della mammella).

Persistono ancora oggi forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardiovascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia e fumo, e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

Si evidenzia la necessità un potenziamento delle strategie per favorire la diagnosi precoce oncologica.

Particolare importanza possono assumere le differenze evidenziate riguardo al sesso, età e istruzione nella promozione di stili di vita adeguati e nell'accesso ai programmi di sanità pubblica per cui tutti gli interventi di sanità pubblica e di promozione della salute vanno prioritariamente indirizzati nelle fasce di popolazione a rischio, guardando all'equità degli interventi, e secondo un approccio di Medicina di Genere.

Un orientamento concreto verso l'equità e il genere possono trovare valido supporto nella lettura dei dati su base distrettuale, in modo da orientare gli interventi e lo sviluppo delle progettualità su target diversificati e tenendo in considerazione il rischio in particolare sia per MCNT che per l'ambito della Salute Mentale.

Inoltre, alcune progettualità specifiche connesse a progetti pilota come "Stop-phone..." e "Life Skills...", oltre a fornire dati e analisi su comportamenti a rischio, hanno sviluppato un approccio inter-istituzionale con il coinvolgimento del Terzo Settore no-profit in grado di implementare interventi di Marketing Sociale e di coinvolgimento attivo di comunità (scolastiche, professionali e territoriali).



**Allegato 2 – Obiettivi PNRR**

**ALLEGATO 2**

# **SCHEDE OBIETTIVI PNRR**

## ALLE MACROSTRUTTURE AZIENDALI

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Adotta, in relazione alle prassi aziendali, proprie procedure interne, assicurando la conformità ai regolamenti comunitari e a quanto indicato dalla Regione Siciliana, con la sottoscrizione del CIS e dal Ministero della Salute	1.1	Delibera di presa d'atto di linee di indirizzo, coordinamento e definizione obiettivi a breve, medio e lungo termine in ambito PNRR , entro tre mesi dall'adozione delle linee di indirizzo Aziendali della Direzione Strategica per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti della Missione 6 del PNRR	100		SI (allegare relazione)		Documentazione interna
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

## UU.OO : CURE PRIMARIE, DISTRETTI, PTA , CRONICITA' E PERCORSI ASSISTENZIALI

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Monitoraggio attivo PUA pazienti cronici: corrispondenza quantitativa tra i pazienti cronici presi in carico dal PUA e pazienti cronici registrati al CUP	1.1	N° Pz presi in carico da PUA/N° Pz cronici registrati al CUP	30		100%		documentazione interna e flussi infermativi
2	Presa in carico digitale, e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (DPO, diabete e scompenso cardiaco) 2023	2.1	N° PDTA di cronicità attivati nel 2023/N° Pz cronici presi in carico da PUA-CUP 2023	35		100%		documentazione interna e flussi infermativi
3	Presa in carico digitale, e gestione PDTA cronicità su piattaforma informatica (DPO, diabete e scompenso cardiaco) 2022	3.1	N° PDTA di cronicità attivati anno 2022/N°Pz cronici presi in carico da PUA -CUP nell'anno 2022	35		100%		documentazione interna e flussi infermativi
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

## UU.OO. : INTEGRAZIONE, SOCIO-SANITARIA, CURE PALLIATIVE

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Preso in carico digitale, a mezzo di cartella informatizzata ADI-CURE PALLIATIVE	1.1	N° Percorsi attivati con il sistema informativo ADI-CURE PALLIATIVE/ N° Pz presi in carico da PUA	100		100%		documentazione interna e flussi infermativi
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

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

**OBIETTIVO N. 1**

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

Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della legalità destinata a tutti i dipendenti, con particolare riferimento a coloro che gestiscono procedimenti/processi a più alto rischio di fenomeni corruttivi.
Indicatore	Inoltro al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di una relazione illustrativa delle azioni svolte contenente una descrizione sulle regole di comportamento adottate da ciascun referente aziendale ai fini della promozione del valore pubblico
Valori attesi	Trasmissione Relazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione
Data inizio/fine	Entro il 30/11/2023

**OBIETTIVO N. 2**

Revisione e miglioramento della regolamentazione interna a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interesse

Descrizione	Azioni di sensibilizzazione del personale sul tema conflitto di interessi ed obbligo di astensione come regolamentati dal PTPC Aziendale. Le azioni di sensibilizzazione dovranno riguardare, sotto il profilo contenutistico, il potenziamento e il monitoraggio dei controlli delle dichiarazioni da rendere in materia di obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, ai sensi dell'Art. 6 e 7 del DPR 62/2013 e dell'art. 6-bis della l. 241 del 1990.
Indicatore	Attività posta in essere da ciascun referente aziendale in ordine all'individuazione di azioni di miglioramento in ordine alla regolamentazione interna del codice di comportamento e della gestione di conflitto d'interesse
Valori attesi	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei Referenti aziendali di un report ove siano indicati: - i nominativi dei dipendenti che nell'ambito della Struttura di appartenenza, nel corso dell'anno hanno prodotto le dichiarazioni come previste dal vigente PTPC sia al momento dell'assegnazione all'ufficio o nel corso di svolgimento di attività istituzionali ad es. in caso di nomina a responsabile unico del procedimento/responsabile del procedimento. Nonchè una relazione circa le attività poste in essere e favorevoli ad una regolamentazione interna del codice di comportamento
Data inizio/fine	Entro il 30/11/2023

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

**OBIETTIVO N. 1**

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

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

**OBIETTIVO N. 2**

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

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

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

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



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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
	Revisione e adozione del Regolamento sulla Formazione in conformità al Sistema di Gestione Documentale Aziendale (PG01 del 24/10/2022. Delibera n. 1677 del 10 novembre 2022). <b>(UOS Formazione e sviluppo apprendimento organizzativo)</b>		Redazione regolamento aziendale sulla formazione	5		SI (allegare relazione)		Delibera di adozione
7	Applicazione del sistema di misurazione e valutazione delle performance aziendale in adempimento al D.Lgs 150/09 e s.m.i. agli indirizzi del Dipartimento Funzione Pubblica e ai CCNL. <b>(UOS Valutazione e Valorizzazione RR.UU.)</b>	7.1	N. di valutazioni individuali che seguono le procedure interne/n. di valutazioni individuali pervenute	5		100%		documentazione interna
		7.2	Realizzazione di n. 2 edizioni dell'evento formativo rivolto ai Direttori di macrostruttura per l'aggiornamento sul regolamento e sulle procedure di valutazione procedure di valutazione, come da proposta presentata all'UOS Formazione	5		SI (allegare relazione)		documentazione interna
8	Attività Referenti Ricerca e internazionalizzazione (D.A. n. 1268 dell'1/7/2013 e successive integrazioni) <b>(Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria in collaborazione con U.O.S. Formazione)</b>	8.1	n. partenariati progettuali richiesti e accordati dal D.G. a enti richiedenti/procedure di partenariato definite su apposite piattaforme e/o programmi (Portale CHAIROS, Call for Proposal eccc)	5		100%		Report e dati piattaforma Chairros
		8.2	Realizzazione corso di formazione su presupposti normativi e sulle metodologie finalizzate al coinvolgimento del terzo settore in procedure di co-progettazione	5		SI (allegare relazione)		documentazione interna
9	Verifiche report dati P.I.A. (Privacy Impact Assessment) elaborati con la consulenza della società Leonardo S.p.A. per l'anno 2022 <b>(UOS Data protection officer e Sistemi di sicurezza nei rapporti istituzionali)</b>	9.1	Totale verifiche strutture aziendali anno 2023 / Numero strutture aziendali sottoposte a P.I.A. anno 2022	5		100%		documentazione interna
10	Supporto agli obiettivi delle Direzioni Strategiche	10.1	Rendicontazione/Relazione sugli obiettivi della Direzione Strategica e sulle attività delle segreterie/uffici della Direzione strategica	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) (UOS. Comunicazione e informazione)	11.1	Publicazione sul sito aziendale del monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali trasmesso dalla UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
12	Obiettivi di Salute e di Funzionamento assegnati alla Direzione Generale	12.1	Monitoraggio e rendicontazione degli obiettivi e regolare trasmissione all'Assessorato alla Salute secondo crono programma AGENAS	10		SI (allegare relazione)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	3.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)"	15		Sì (allegare documentazione)		documentazione interna
4	Relazione sulla performance	4.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Relazione sulla performance"	15	Sì	Sì (allegare documentazione)		documentazione interna
5	Relazione sulla Gestione	5.1	Trasmissione alla UOC Bilancio e Programmazione della "Relazione sulla Gestione"	15	Sì	Sì (allegare documentazione)		documentazione interna
6	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate	15	Sì	Sì		documentazione interna
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Realizzazione degli audit previsti nel Piano di Internal Audit	20	Sì	Sì (allegare documentazione)		documentazione interna
8	Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"	8.1	Estrazione/Analisi ed invio alla UOS SIS dei flussi descritti nel Piano di miglioramento aziendale	10		100% (allegare report e relazione )		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Monitoraggio delle attività di gestione del contenzioso	3.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso, con specifica descrizione delle cause contenzioso e tipologie, valore delle singole cause e stima del grado di soccombenza.	5	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
		3.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento	10	SI	SI (allegare relazione e documentazione)		documentazione interna
		3.4	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
4	Monitoraggio delle attività relative al contenzioso del lavoro	4.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso del lavoro, con specifica descrizione delle cause, del valore delle singole cause, della stima del grado di soccombenza.	5	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
		4.2	Predisposizione e Trasmissione report per l'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento.	10	SI	SI (allegare relazione e documentazione)		documentazione interna
		4.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI	SI (allegare relazione e documentazione)		documentazione interna
5	Monitoraggio delle attività relative alla gestione sinistri del personale	5.1	Gestione assicurativa polizze RCT/O - Infortuni - Kasko e in autoassicurazione relative a sinistri: N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri/N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti	10		> 80%		documentazione interna presso UOS Gestione Sinistri del Personale
		5.2	Procedure denunce sinistri: richieste risarcitorie stragiudiziali in materia di malpractice prevenute alla UOS N. totale richieste di adempimenti ai sensi dell'art. 13 L. 74/17 (L. Geli) e s.m.i. effettuate/ totale richieste di adempimenti ai sensi dell'art. 13 L. 2/17 da effettuare	5		≥ 90%		documentazione interna presso UOS Gestione Sinistri del Personale
		5.3	Verifica della completezza delle istruttorie di pratiche RCT (controllo su documentazione sanitaria, relazioni, assicurazioni, adempimenti cc circolare n. SG5/18867 e L. getti) anche verso terzi, ai fini della trattazione CAVS e/o giudiziale con valutazione sotto il profilo giuridico - verifiche completezza istruttoria	5		≥ 90%		documentazione interna presso UOS Gestione Sinistri del Personale
6	Monitoraggio delle attività relative alle sanzioni	6.1	Produzione di report direzionale delle attività relative alle sanzioni	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
7	Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della difesa legale dell'Azienda	7.1	Numero costituzioni in giudizio dell'azienda/Numero compl. Processi relativi alle seguenti tipologie di giudizio*	10		≥ 90%		documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	implementazione di un file di monitoraggio della normativa caricata in piattaforma ed eventuali aggiornamenti (Monitorare la normativa caricata in piattaforma - Azione PAC A1.1)	5		SI (allegare relazione e report)		documentazione interna
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	9.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.E - Adempimenti Legge 24/2017: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

\*Seguente tipologie di giudizio:

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto degli obblighi ex D.L. 81/08 per la gestione dello Stress Lavoro Correlato	3.1	Attività di consulenza specialistica rivolta ai dipendenti con difficoltà in ambito lavorativo (Sportello di Ascolto S.L.C.). N. dipendenti accolti entro 5 gg. lav. / N. dipendenti che accedono allo Sportello S.L.C.	45	24/24 100%	>= 80% (allegare report)		documentazione interna (Registro accessi Sportello SLC)
4	Organizzazione eventi formativi destinati agli Psicologi dell'ASP	4.1	N. eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia	45	5	>=2		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

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

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
<b>Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)</b>								
3	Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	10	56.042 / 56.042 100%	100%		SURVEY
4	Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	4.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	7.884/52.241 15% pap test 8.501/34.411 25% HPV test	>=50%		SURVEY
		4.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	3		>=3% 2022		SURVEY
5	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	5.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	10	88.883 / 88.883 100%	100%		SURVEY
6	Adesione del programma di screening del tumore della mammella (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	6.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	27.595/ 83.661 33%	>=60%		SURVEY
		6.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	3		>=3% 2022		SURVEY
7	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	7.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	10	177.926 /177.926 100%	100%		SURVEY
8	Adesione del programma di screening del colon retto (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	8.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	2	45.204/174.125 26%	>=50%		SURVEY
		8.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	3		>=3% 2022		SURVEY
9	Definizione tempi d'attesa per l'invio degli esiti negativi	9.1	N. esiti negativi inviati alla spedizione postale entro 1 settimana dalla registrazione dell'esito negativo / N. esiti negativi registrati	5	>=0,5%	>=0,5%		documentazione interna
10	Miglioramento dell'informazione agli utenti	10.1	N. di risposte fornite entro 48 ore sui social media alle richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici / N. richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici	5	>=95%	>=95%		documentazione interna
		10.2	N. di risposte fornite entro 48 ore tramite front office Whatsapp alle richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici / N. richieste-osservazioni degli utenti relative agli screening oncologici	5	>=90%	>=90%		documentazione interna
11	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (Customer satisfaction)	11.1	N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici a cui si somministra questionario di soddisfazione / N. utenti aderenti ai 3 screening oncologici	10	>=0,5%	>=0,5%		documentazione interna
12	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	12.1	Compilazione survey nazionali GISMa, GISCoR, GISCi entro 15 giorni dopo la scadenza	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
13	Rendicontazione attività sul programma degli screening oncologici (Accountability)	13.1	Realizzazione di incontri con Comitato consultivo aziendale e MMG	5	>1	>=1		documentazione interna
14	Aggiornamento della banca dati anagrafica	14.1	N. aggiornamenti annuali della banca dati anagrafica	20	>1	1		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Realizzazione di Progetti di promozione della salute	3.1	Attività relative ai progetti PSN/PRP su 'Prevenzione incidenti domestici' e ' Sorveglianza e monitoraggio dei flussi informativi relativi a traumi da incidenti domestici'	60		Si (allegare relazione)		documentazione interna e Resp. Coordinamento progetto PSN
		3.2	Attività inerenti il Piano Aziendale di Prevenzione 2020/2025: Programma Predefinito 01. "Scuole che promuovono la salute, azione 1: Formazione operatori scolastici e genitori" e azione 4: Promozione attività fisica con particolare riguardo a popolazione over 60	30		Si (allegare relazione)		documentazione interna e Resp. Coordinamento PP01, az n. 1 e 4
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Sorveglianza sanitaria in ambito aziendale	3.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del dl 81/2008	55	100%	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi		documentazione interna
4	Sorveglianza sanitaria in ambito nei confronti di soggetti esterni	4.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità da effettuare sul personale a rischio dipendente da aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2023 D.Lgs 81/2008 se ss mm.ii/ N. richieste di visite mediche da parte di aziende o ditte esterne con convenzione in essere nell'anno 2023	35	100%	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				



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

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

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

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

Dipartimento di Prevenzione								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
4	Monitoraggio Obiettivi contrattuali di salute e funzionamento 2019-2020: Obiettivo 11 (PAA) - Area 1	4.2	Trasmissione report alla UOC Coordinamento Staff Strategico secondo le tempistiche richieste	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	5.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
6	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	10	95,8%	100%		scheda uoc
		6.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	10	100%	100%		scheda uoc
		6.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	10	100%	100%		scheda uoc
		6.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	10	80%	100%		scheda uoc
		6.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	10	100%	100%		scheda uoc
		6.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	10	100%	100%		scheda uoc
		6.7	UOC Accreditamento	10		100%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
<b>Coperture Vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive</b>								
3	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.A Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- )	3.1	N. soggetti vaccinati / popolazione target residente	10	esav.8.879/10.170 (87%) MPR9.012/10.170 (93%) mening.8.397/10.170 (74%) pneum.8.560/10.170 (84%)	esavalente, morbillo-parotite-rosolia, meningococco e pneumococco 92 - 95% a 24 mesi		documentazione interna
4	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.B Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidenze per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini)	4.1	Relazione sulle attività svolte	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.C Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale nell'anno 2019 (PRP 2014/2018)	5.1	N. vaccinazioni registrate nel 2023/ N. vaccinazioni effettuate nel 2023 (con riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale)	10	424.280/424.280 100%	100%		documentazione interna
6	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.D Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane ( DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018)	6.1	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Implementazione del Sistema di Sorveglianza per le Malattie Infettive	7.1	N° di notifiche inserite nel Sistema PreMal / N. totale notifiche di malattie infettive pervenute.	10	485/506 96%	≥ 95 %		documentazione interna
8	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	8.1	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	10	506/506 100%	100%		documentazione interna
<b>Altri obiettivi</b>								
9	Vaccinazioni internazionali	9.1	N. di soggetti sottoposti a vaccinazioni internazionali / N. di soggetti che ne fanno richiesta idonei alla vaccinazione	10	188/188 100%	100%		documentazione interna
10	Raccolta e codifica delle informazioni riportate nelle schede ISTAT di morte, elaborazione dei dati a livello locale e trasmissione al Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Regionale del Flusso ReNCaM	10.1	N. schede di morte codificate e registrate / N. schede di morte pervenute	10	10.095/10.095 100%	100%		documentazione interna
		10.2	Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNCaM" (entro il 31 marzo 2022)	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli ambienti di vita								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Tutela Ambientale: Riunioni "focalpoint"	3.1	N. Riunioni realizzate / N. di Riunioni programmate	10	nessuna riunione causa covid	100% (allegare documentazione delle riunioni)		
		3.2	Predisposizione proposta di atto deliberativo per l'aggiornamento della Delibera n. 0842 del 23/12/2016 di Costituzione del "Focal Point con competenze sanitarie e ambientali a supporto delle autorità locali"	5				
4	Monitoraggio condizioni igieniche nelle carceri	4.1	N. Case Circondariali verificate / n° Case Circondariali	15	4 / 4 100%	100%		
5	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali	5.1	N. di pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali	15	52/52 100%	100%		
6	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006	6.1	N. di pareri igienico sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006 rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste pervenute per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006	15	6/6 100%	100%		
7	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	7.1	N. di pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	15	29/29 100%	100%		
8	Ispezioni congiunte nelle strutture di accoglienza per migranti su richiesta della Prefettura	8.1	N. di ispezioni effettuate /N. di richieste pervenute	15		100%		
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

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

Dipartimento di Prevenzione: UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
<i>Prevenzione nei Luoghi di Lavoro</i>								
<i>Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP</i>								
3	Cantieri edili:	3.1	N. cantieri edili controllati / N. di notifiche preliminari anno 2023	15	127/715 17,76%	>= 17%		documentazione interna
4	Aziende Agricole	4.1	N. di aziende agricole ispezionate / N. di aziende agricole ispezionabili	15	220/220 100%	100%		documentazione interna
5	Attività di informazione e formazione	5.1	N. di iniziative di informazione e formazione realizzate / N di iniziative di informazione e formazione da realizzare	15	3 / 3 100%	100% (allegare documento di programmazione e documentazione delle iniziative realizzate)		documentazione interna
<i>Altri obiettivi</i>								
6	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	6.1	N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF / N. segnalazioni pervenute nel 2023	15	36/36 100%	100%		documentazione interna
7	Controlli nei cantieri bonifica amianto	7.1	N. di controlli / N. Piani di Lavoro presentati	15	100/698 14,32%	>= 5%		documentazione interna
8	PAA - AREA 1 - intervento 1.4.D Sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale	8.1	N. di inchieste epidemiologiche effettuate in casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale / N. di denunce, referti, deleghe della AG di casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale pervenute allo SPreSaL	15	5/5 100%	>=80%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento di Prevenzione: UOC Impiantistica ed antinfortunistica								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Piano Attuativo Aziendale (PAA) 1.5 Prevenzione nei Luoghi di Lavoro: 1.5.C Attuazione delle procedure previste dal D.M. 11.04.11, di cui all'art. 71 del D.lgs. 81/08 e al D.A. n. 773/12. Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e impianti	3.1	Numero apparecchi verificati / Numero di richieste di verifica pervenute	15	859/1.096 78%	≥ 70%		documentazione interna
		3.2	Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti	10	1	≥ 1		documentazione interna
4	Incremento delle verifiche di apparecchi a pressione effettuate	4.1	N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate / N. verifiche apparecchi a pressione richieste x 100	15	1.850/1.900 97%	≥ 75%		documentazione interna
5	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	5.1	N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste	10	1.183/1.450 81%	≥ 75%		documentazione interna
		5.2	N. verifiche impianti di terra a maggiore complessità effettuate / N. verifiche impianti di terra a maggiore complessità richieste (N.B. Impianti elettrici a maggiore complessità sono impianti con propria cabina di trasformazione MT/BT ed impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione ed incendio)	15		≥ 75%		documentazione interna
		5.3	N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste	15	929/945 98%	≥ 75%		documentazione interna
6	Sviluppo attività di monitoraggio/controllo al fine di garantire la conformità alle norme di macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche	6.1	N. di pratiche espletate (NPRAespl. / N. pratiche pervenute (NPRAperv.)	10		≥ 40%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				



Dipartimento di Prevenzione: UOC Laboratorio medico di sanità pubblica								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021; obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021; obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
<i>Tutela Ambientale:</i>								
3	Acque di balneazione	3.1	Aggiornamento profili acque di balneazione dei Comuni della Provincia di Palermo e delle Isole Lampedusa e Linosa facenti capo all'ASP di Palermo	20		> 95% (allegare report)		documentazione interna
<i>Sicurezza Alimentare</i>								
4	PAA Intervento 1.2 Sicurezza Alimentare 1.2 A Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove richieste dai Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti e sulle Acque destinate al consumo umano (Criticità POCS)	4.1	Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici)	15	SI	SI (allegare provvedimento/i)		documentazione interna
5	Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018 Aggiornamenti Annualità 2018 - 2019 (D.D.G. n. 2435/2018)	5.1	N. campioni analizzati / N. campioni pervenuti	15	59/59 100%	≥ 95%		documentazione interna
6	Controlli microbiologici acque destinate al consumo umano DLgs 31/200 e ss.mm.ii.	6.1	N. campioni di acque analizzati / N. campioni consegnati al laboratorio come da programmazione annuale	15	954/954 100%	≥ 95%		documentazione interna
7	Piano prevenzione Legionella: analisi su acque destinate al consumo umano e campioni di aria confinata	7.1	N. test per legionella eseguiti / n° campioni pervenuti come da programmazione annuale	15	91/91 100%	≥ 95%		documentazione interna
8	Legionella: Prevenzione e controllo	8.1	Realizzazione Opuscolo informativo	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Dipartimento di Prevenzione Veterinario

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FOUNTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione dipartimento
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		<b>Verifica trimestrale dati DPV</b>
4	Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1	4.1	Monitoraggio indicatori Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1 (per la parte di competenza) e trasmissione report trimestrali alla UOC Coordinamento Staff Strategico	5	Si	Si		<b>Verifica trimestrale dati DPV</b>
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	15	SI	Si (allegare relazione)		verifiche internal audit
6	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	6.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Sanità animale Area A	15	100%	100%		<b>Vedi Area A</b>
		7.2	UOC Igiene e produzione di alimenti di origine animali e loro derivati Area B	15	100%	100%		<b>Vedi Area B</b>
		7.3	UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche Area C	15	100%	100%		<b>Vedi Area C</b>
		7.4	UOC Igiene urbana e lotta al randagismo	15	100%	100%		<b>Vedi Area D</b>
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	3.1	N. aziende bovine e ovi caprine controllate/N. aziende bovine e ovicaprine controllabili	10	2.481/2.481 2.476/2.476 2.155/2.155 100%	95%		Verifica trimestrale dati su SANAN
4	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	4.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	10	27,30 < 28 =100%; 24,38 < 28 =100%	≤ 28 gg obiettivo raggiunto al 100% ≤ 30 gg obiettivo raggiunto al 75% ≤ 32 gg obiettivo raggiunto al 50% > 32 gg obiettivo raggiunto 0%		Verifica mensile dati forniti UO Anagrafe A.
5	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	5.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	10	58,22 < 63 =100%	≤ 63 gg obiettivo raggiunto 100% ≤ 68 gg obiettivo raggiunto 75% > 68 gg obiettivo raggiunto 0%		Verifica mensile dati forniti UO Anagrafe A.
6	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	6.1	N. aziende bovine controllate anagraficamente/N. aziende bovine controllabili	10	131/2.607 5,02%	≥ 5% (allegare anche elenco aziende)		Verifica mensile applicativo SANAN
		6.2	N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. aziende ovi-caprine controllabili	10	141/2.823 4,9%	≥ 3% (allegare anche elenco aziende)		Verifica mensile applicativo SANAN
7	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	7.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	4	≥ 1		Verifica mensile dati SSA
8	Prevenzione delle zoonosi	8.1	Numero indagini epidemiologiche effettuate nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	15	52/52 100%	100%		Verifica mensile dati UUOOVV
9	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	9.1	N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate inserite nel SANAN / N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate	15	10.715/10.715 100%	95%		Verifica trimestrale dati su SANAN
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia)	3.1	Rendicontazione dell'attività svolta secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 95% di attività svolta rispetto a quella programmata	20	422/421	Si (allegare relazione)		Verifica semestrale dati SIAOA
4	Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	4.1	Registrazione dei dati nel Sistema informativo regionale Demetra	20	3.100/3.117	Si (allegare relazione)		Verifica mensile dati forniti da Dedalus
5	Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari	5.1	Rispetto flusso informativo	15	26/26	Si (allegare relazione)		Verifica mensile dati UUOOVV
6	Verifica del rispetto della normativa relativa ad alimenti di origine animale negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	6.1	N. campioni alimentari di origine animale analizzati/N. campioni alimentari di origine animali programmati	15	438/394	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)		Verifica mensile dati UUOOVV
7	Prevenzione e controllo delle zoonosi derivate dal consumo di alimenti	7.1	Numero controlli effettuati nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	10	41/41 100%	100%		Verifica mensile dati UUOOVV
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	5	>= 2 eventi (documentare)		Verifica mensile dati SIAOA
			<b>totale peso</b>	<b>15</b>				
				<b>15</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	3.1	N. campioni di alimenti di origine animale analizzati / N. campioni di alimenti di origine animali programmati	45	89/89 100%	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)		Verifica mensile dati UUOOVV
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	45	7	>= 2 eventi (documentare)		Verifica mensile dati SIAPZ
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Applicazione Procedura per la programmazione e lo svolgimento nei controlli sanitari nei rifugi sanitari e nei rifugi per il ricovero per cani e gatti, pubblici e privati (PR-003-DPV-001 del 16/12/2016)	3.1	N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti controllati / N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti autorizzati e attivi	45	10/70>100%	100% (allegare elenco)		Verifica mensile dati UUOOVV
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi e/o formativi realizzati nell'anno	45	18/15	>= 15 (documentare)		Verifica mensile dati IULR
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Dipartimento Farmaceutico

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna
4	Contenimento della spesa farmaceutica (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a5)	4.1	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione: monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della stessa	20	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	5.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.D - Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	20	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Documentazione di attivazione informatizzata della gestione dei magazzini di reparto e calendarizzazione dell'inventario straordinario (Attivazione della gestione dei magazzini di reparto e svolgimento inventario straordinario Azioni PAC E1.1, E1.3, E1.4, E1.8)	3		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Per i carichi di magazzino:differenza tra nr. giorni tra data ddt e da registrazione (Monitoraggio tempestiva registrazione a sistema dei carichi di magazzino Azione PAC E2.1, E2.3)	2		≤ 10 gg.		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		documentazione interna
8	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	8.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		SI (allegare relazione)		documentazione interna
9	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	9.1	UOC Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia	10	100%	100%		scheda UOC
		9.2	UOC Integrazione Farmaceutica ospedale-territorio	10	100%	100%		scheda UOC
		9.3	UOC Farmacia Ospedaliera P.O.Ingrassia	10	100%	100%		scheda UOC
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

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



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

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

**Dipartimento Farmaceutico:  
UOC Farmacia Ospedaliera Ingrassia**

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

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

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

Dipartimento della Salute della Famiglia								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione dipartimento
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione dipartimento
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1); Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina	4.1	Raggiungimento dei sub-obiettivi indicati nella scheda SCR allegata	12	100%	100%		Vedi scheda S.C.R.
5	Promozione dell'allattamento	5.1	Realizzazione delle attività di competenza previste dal D.A.n.1539 del 5 settembre 2018 "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Macroobiettivo 1 Azione promozione allattamento al seno. Adozione di Linee di indirizzo policy aziendale delle strutture pubbliche e private della Regione Sicilia"	3	SI	SI (allegare relazione)		Documenti Dipartimentali
6	Psicologia delle adozioni e Psicologia della genitorialità	6.1	Realizzazione di un percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali	4	SI	SI (allegare relazione)		Documenti Dipartimentali
		6.2	Adesione al progetto "Percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali": N. coppie partecipanti al progetto / N. coppie invitate a partecipare	4	48/48 100%	>=60%		Documenti Dipartimentali
		6.3	Revisione e aggiornamento delle procedure di intervento adottate dalla UOS genitorialità	4	SI	SI (allegare relazione)		Documenti Dipartimentali
		6.4	Numero colloqui effettuati su richiesta degli enti accreditati alla UOS genitorialità / Numero totale colloqui richiesti dagli enti accreditati	4	34/34 100%	>=90%		Documenti Dipartimentali
7	Fisiopatologia della riproduzione	7.1	N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio	3	93/102 91%	>= 90%		Registro di Reparto
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	8.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	5	SI	SI (allegare relazione)		SDO
9	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	9.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: 4.1) Punti nascita: Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist 4.2.1) Nei PN senza (TIN): 4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP) 4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO:< 8% (Fonte SDO) 4.2.2) Nei PN (con TIN): 4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI 4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	4	SI	SI (allegare report e relazione)		SDO, e CEDAP
10	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipativa del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	10.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 128 (Presenza di una o più iniziative per informare i cittadini sulla conservazione e sulla donazione delle staminali emopoietiche del sangue nei punti nascita aziendali)	4	no giustificato	SI (allegare relazione)		Calendario Iniziative e Relazioni
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		Documenti Dipartimentali
12	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	12.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	12		SI (allegare relazione)		verifiche internal audit
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	3		SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	14.1	UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia (compresa la UOS di Corleone)	3	100%	100%		vedi scheda struttura
		14.2	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	3	90%	100%		vedi scheda struttura
		14.3	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.F. Ingrassia - DO PA3	3	100%	100%		vedi scheda struttura
		14.4	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2 (compreso la UOSD Pediatria di Partinico e la UOS di Corleone)	3	100%	100%		vedi scheda struttura
		14.5	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	3	100%	100%		vedi scheda struttura
		14.6	UOSD Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico	3		100%		vedi scheda struttura
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

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

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Organizzazione di Corsi di accompagnamento alla nascita	3.1	N. di Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita attivati secondo linee di indirizzo	10	3	>=5		Calendario Incontri
4	Promozione di vaccinazioni in gravidanza	4.1	N. di gravide su cui si effettua attività di promozione delle vaccinazioni anti-influenzale e anti-pertosse anche attraverso la consegna di opuscolo /N. di gravide prese in carico	15	902/1.705 53%	>=50%		Schede Gravidanza
5	Percorso nascita	5.1	N. ecografie di screening primo trimestre effettuate / N. ecografie di screening primo trimestre richieste dai Consulori familiari	15	553/778 71%	>=80%		Report di Reparto
6	Area psicologica : rilevazione violenza di genere	6.1	N. primi colloqui psicologici con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. primi colloqui psicologici effettuati	10	1.279/1.430 89,44%	>=75%		Schede di Reparto
		6.2	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata da parte dello psicologo con successivo approfondimento mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dello psicologo	10	493/647 76,20%	>=60%		Schede di Reparto
7	Area sociale: rilevazione violenza di genere	7.1	N. colloqui sociali in accoglienza effettuati presso i CCFE con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. colloqui sociali in accoglienza effettuati	10	832/962 86,49%	>=70%		Report di Reparto
		7.2	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata presso i CCFE da parte dell' assistente sociale con successivo approfondimento di II livello mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dell'assistente	10	265/307 86,32%	>=70%		Report di Reparto
8	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1);Screening oncologico relativo al tumore del colon retto e mammella	8.1	N.utenti informati 50-64 anni circa gli screening oncologici relativi alla mammella e colon retto / N. utenti 50-64 anni aderenti al programma di screening cervico-carcinoma con HPV-DNA test	5	no giustificato	>=50%		Report di Reparto
9	Flussi informativi(obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si	Si (allegare report)		Report di Reparto
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**Dipartimento della Salute della Famiglia:  
UOC Ginecologia e Ostetricia - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20	SI	Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)		documentazione struttura
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	72/72 100%	100%		Format Assessoriale di Caricamento Dati
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	5.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	138/446 30,94%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		SDO
6	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	6.1	Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)	10	0	0		SDO e CEDAP
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	10	0,65	>=95%		Fonti Aziendali
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	10	3,62 giustificato	<=95%		Fonti Aziendali
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		documentazione struttura
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)		documentazione Interna
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	30	109/109 100%	100%		Format Assessorato Caricamento Dati
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	5.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	11,50%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		SDO
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	10	0,62=103,4%	>=95%		Fonti Aziendali
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	10	4,42=105,66%	<=105%		Fonti Aziendali
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		documentazione Interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento della Salute della Famiglia: UOC Pediatria - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale)		documentazione struttura
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	62/62 100%	100%		Format Assessorato Caricamento Dati
5	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	5.1	Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO)	5	20/551 3,6%	< 8%		SDO
6	Mantenimento dei livelli di attività	6.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	10	0,38	>=95%		Fonte Aziendali
		6.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	10	4,07	<=105%		Fonte Aziendali
		6.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023 / DM 2022	10	6,54	>=95%		Fonte Aziendali
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si	Si (allegare report)		documentazione Interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				



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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	35	SI	SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale)		documentazione UOC
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	4.1	Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	25	0/56 0%	< 5%		<b>SDO e Report di Reparto</b>
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 -3 gg	25	10,75	<=105%		<b>Registri di Reparto, Ricette SSN</b>
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		<b>Fonte Aziendale</b>
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione Interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione Interna
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale		documentazione Interna
4	Attivazione procedura di assistenza di IVG (interruzione volontaria di gravidanza ) farmacologica (linnee di indirizzo Ministero Salute)	4.1	Definizione , adozione ed applicazione dell'istruzione operativa assistenziale e terapeutica di interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico	20		Si (allegare relazione)		<b>Registro delle Istruzioni Operative del Dipartimento</b>
5	Stratificazione del rischio nella gravida a termine di gestazione	5.1	Adozione e compilazione all'atto della presa in carico della paziente gravida di una specifica "Check list di accettazione e valutazione del rischio per la paziente a termine " (da includere in cartella clinica) che consenta una eventuale individuazione preventiva del rischio ostetrico, secondo la relativa istruzione opearativa Dipartimentale	15		≥50%		<b>Registro delle Istruzioni Operative del Dipartimento</b>
6	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	6.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo x 100	25		≤15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale		<b>SDO</b>
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5		Si (allegare report)		
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna ed applicativo aziendale
4	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	4.1	Monitoraggio progetti Budget di Salute avviati nel 2023	5		100% (allegare report con relazione)		documenti interni Dipartimento
5	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	5.1	Costituzione gruppo di lavoro intradipartimentale	5		GdL entro 31/03/2023 (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento
		5.2	Redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		SI (allegare procedura e relazione)		documenti interni Dipartimento
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Costituzione di un gruppo di lavoro interprofessionale che si occupi delle problematiche relative alla contenzione attraverso la distribuzione, somministrazione ed analisi del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) entro 31/05/2023	5		GdL e analisi questionari entro 31/05/2023		documenti interni Dipartimento
		6.2	Elaborazione di strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria, entro il 31/12/2023.	5		SI (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	Elaborazione di una scheda per il Triage Psichiatrico Territoriale e sua diffusione ai CC.SS.MM. Aziendali, entro il 31/03/2023	5		format scheda (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	Monitoraggio sulla redazione di N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	5	7/7	report		documenti interni Dipartimento
		8.2	Monitoraggio sui percorsi di cura riabilitativi per l'aggiornamento delleliste di attesa per inserimento in REMS	5		SI (allegare relazione)		documenti interni Dipartimento

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

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

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza  
Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NP/IA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NP/IA	10		> 20%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgentissimi"	10		100%		documenti interni UOC
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S. / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	10	nessun pz in REMS	≥80%		Piattaforma SMOP
		8.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	10		≥80%		Piattaforma SMOP
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	10	Si (allegare report)	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 2 (UOC) Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NP/IA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NP/IA	10		> 20%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	10		100%		documenti interni UOC
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20	2/2 100%	≥80%		Piattaforma SMOP
		8.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	10		≥80%		Piattaforma SMOP
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI (allegare report)	SI (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DEI DATI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	10		> 20%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		SI (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	10		100%		documenti interni UOC
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20	nessun pz in REMS	≥80%		Piattaforma SMOP
		8.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	10		≥80%		Piattaforma SMOP
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza  
Modulo 4 (UOC) Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	PONTE UFFICIALE
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	10		> 20%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	10		100%		documenti interni UOC
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20	3/3 100%	≥80%		Piattaforma SMOP
		8.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	10		≥80%		Piattaforma SMOP
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si (allegare report)	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				



**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza  
Modulo 5 (UOC) Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171)	3.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	10		≥20%		documenti interni UOC
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	10		> 20%		documenti interni UOC
6	Individuazione delle cause e delle giustificazioni alla base dell'uso della contenzione in situazioni cliniche al fine di sviluppare ulteriori strategie innovative per ridurre gli interventi coercitivi in psichiatria.	6.1	Partecipazione al gruppo di lavoro interprofessionale per le problematiche relative alla contenzione	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
		6.2	Distribuzione, somministrazione e restituzione del questionario SACS (Staff attitude to coercion scale) dopo la compilazione da parte del personale medico, infermieristico, oss, ausiliario in servizio presso SPDC, CSM, CTA, CD dell' UOC entro 31/03/2023	10		Si (allegare relazione)		documenti interni UOC
7	Istituzione e standardizzazione del Triage psichiatrico Territoriale (T.P.T.) quale strumento operativo finalizzato alla gestione dei casi urgenti che afferiscono presso i CC.SS.MM. del DSM.	7.1	n° schede di TPT compilate/N° pazienti "urgenti"	10		100%		documenti interni UOC
8	Predisposizione dei Percorsi Terapeutico-riabilitativi Individualizzati (PTI) per i pazienti inseriti nelle R.E.M.S., (Residenza Esecuzione Misure Sicurezza) come previsto dall' art. 1 comma 1-ter del D.L. n.52/2014 e Legge di conversione n. 81/2014SMOP	8.1	N. PTI pazienti inseriti nelle R.E.M.S / N. Pazienti inseriti nelle R.E.M.S (R.E.M.S. = Residenza Esecuzione Misure Sicurezza)	20	nessun pz in REMS	≥80%		Piattaforma SMOP
		8.2	Verifica e aggiornamento dei percorsi di cura/riabilitativi dei pazienti con provvedimento di invio in REMS	10		≥80%		Piattaforma SMOP
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si (allegare report)	Si (allegare report)		documenti interni UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza  
Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria**

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

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

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

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza  
Modulo 8 (UOC) Corleone-Lercara Friddi**

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

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza  
Modulo 9 (UOC) Partinico - Carini**

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

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	3.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	5				documentazione interna
4	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	4.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale/n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	5		> 20%		documentazione interna
5	Disturbi specifici di apprendimento (DSA). Applicazione L.170/2010	5.1	Monitoraggio numero di richieste di valutazioni di soggetti con sospetto DSA. Pazienti presi in carico/pazienti inviati al servizio con sospetto DSA (invii con scheda scolastica, invii con pregressa certificazione pubblica/privata, invii da UONPI).	10		≥80%		documentazione interna
		5.2	Monitoraggio del numero dei pazienti diagnosticati con DSA attraverso un percorso multidisciplinare integrato come da Consensus Conference 2011 (Valutazione clinica multiprofessionale, valutazione standardizzate testologiche, relazione clinica al completamento della valutazione)	10		≥100%		documentazione interna
6	Follow up finalizzato alla diagnosi e al trattamento dei minori 0-36 mesi a rischio neuroevolutivo (Nati pretermine, nati asfittici, nati con infezioni connatali, soggetti affetti da sindromi genetiche e patologie congenite del metabolismo o con indicatori precoci di disordini neurologici di natura da determinare)	6.1	Numero dei pazienti presi in carico/ Numero dei pazienti inviati al servizio	10		≥ 60%		documentazione interna
		6.2	Monitoraggio del numero dei pazienti presi in carico attraverso un percorso multidisciplinare integrato (Valutazioni neurocomportamentali, valutazioni standardizzate testologiche e neurofisiologiche, relazione clinica con descrizione percorso riabilitativi)	10		≥ 100%		documentazione interna
7	Follow-up finalizzato alla diagnosi e all'evoluzione clinica dei pazienti con epilessia.	7.1	Numero dei pazienti presi in carico/ Numero dei pazienti inviati al servizio	10		≥ 60%		documentazione interna
		7.2	Monitoraggio del numero dei pazienti presi in carico attraverso un percorso diagnostico/terapeutico integrato (Valutazioni cliniche periodiche, valutazioni neurofisiologiche, controlli farmacologici, relazione clinica al completamento della valutazione)	10		≥ 100%		documentazione interna
8	Follow-up finalizzato alla diagnosi e all'evoluzione clinica dei pazienti esordio di patologia psichiatrica in età evolutiva.	8.1	Numero dei pazienti presi in carico/ Numero dei pazienti inviati al servizio	10		≥ 60%		documentazione interna
		8.2	Monitoraggio del numero dei pazienti presi in carico attraverso un percorso integrato (valutazioni cliniche periodiche, valutazioni standardizzate testologiche e neurofisiologiche, relazione clinica al completamento della valutazione, progetti PTI, interventi di continuità e di collegamento al passaggio alla maggiore età)	10		≥ 100%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIAL OF PROVENIENCE OF DATA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Individuazione pazienti con comorbidità infettiva presso i SerD	3.1	N. nuovi utenti inviati per screening HCV/ N. nuovi utenti presi in carico dai SerD	15		≥70%		documentazione interna
		3.2	N. nuovi utenti inviati per screening HIV/ N. nuovi utenti presi in carico dai SerD	15		≥60%		documentazione interna
4	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	4.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Progetto integrato tra le tre Aree del DSM sulla presa in carico adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) portatori di bisogni complessi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità, disturbi da uso di sostanze) tra le tre aree (SM, DP e NPIA) del Dipartimento. Centro AGA ( Servizio dedicato ad Adolescenti e Giovani Adulti)	5.1	N. pazienti presi in carico dal Centro AGA in base alla competenza territoriale / n. pazienti presi in carico da CSM, DP e NPIA	20		> 20%		documentazione interna
6	Miglioramento della salute psichica. Contrasto dell'istituzionalizzazione (Art. 24 L.R. 16/10/2019 n° 171	6.1	n. pazienti complessi con PTI sostenuti da Budget di Salute / n. di pazienti complessi con PTI anno 2023	20		≥20%		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIAL OF PROVENIENCE OF DATA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Continuità della cura tra servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello spettro autistico e disturbi del comportamento alimentare	3.1	Partecipazione al gruppo di lavoro intradipartimentale per la redazione di una Procedura Operativa per la definizione di percorsi di cura condivisi	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
4	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 - intervento 3.2 (Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo)	4.1	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi	25	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	25	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Disturbi dello spettro autistico applicazione procedura diagnostico/valutativa	5.1	Numero di pazienti con disturbo dello spettro autistico valutati con una procedura multiprofessionale completa/ numero di pazienti con disturbi dello spettro autistico afferenti all'ambulatorio per la diagnosi precoce e la presa in carico del disturbo autistico	25		≥50%		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				



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

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

## Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna
4	Obiettivi di Miglioramento della Gestione Qualità secondo norma UNI EN 15189	4.1	Avvio delle procedure necessarie per l'accreditamento Istuzione secondo Norma Uni En 15189	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
5	Obbiettivi di efficienza ed efficacia	5.1	Monitoraggio parametri REACH secondo ginecologico piano regionale	10		Sì (allegare relazione e report)		documentazione interna
6	Obiettivi di efficienza clinico -saniataria	6.1	Monitoraggio di MRSA/ CRE per antibiotico resistenza	10		Sì (allegare relazione e report)		documentazione interna
		6.2	Organizzazione del trasporto in qualità dei campioni biologici da sottoporre ad indagini analitiche e /o istopatologiche nella rete laboratoristica aziendale anatomo-patologiche effettuati all'interno della rete dei punti prelievo aziendali	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna

## Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	Fonte UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Coordinamento organizzazione e gestione delle attività del Laboratorio Unico Logico	7.1	Analisi del coordinamento, dell'organizzazione e della gestione delle attività del laboratorio unico logico	7		Si (allegare relazione e report)		documentazione interna
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	10	Si anche se con ritardo per Covid	> 10%		documentazione interna
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2022-2023: obiettivo 3b)	9.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna
10		10.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	3		Si (allegare relazione)		documentazione interna
11	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	11.1	UOC Laboratorio d'analisi - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%		scheda uoc
		11.2	UOC Laboratorio d'analisi - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%	100%		scheda uoc
		11.3	UOC Laboratorio d'analisi - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%		scheda uoc
		11.4	UOC Anatomia e Istologia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%		scheda uoc
		11.5	UOC Medicina Trasfusionale	5	100%	100%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

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

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	<i>Decreto assessorato della salute art. 6 n. 3253 del 30 dicembre 2010 - controllo di qualità dei processi Laboratoristici regionali</i>	3.1	Adesione e implementazione dei programmi di valutazione esterna di qualità (VEQ) definiti dal Dipartimento di Laboratorio e dall'Assessorato	15		Si (allegare documento)		documentazione interna
4	Obbiettivo di efficienza e qualità : appropriatezza prescrittiva	4.1	Appropriatezza prescrittiva degli esami di Laboratorio: elaborazione di un protocollo condiviso con le UU.OO. Ospedaliere per la prescrizione appropriata degli esami di laboratori urgenti e di routine	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Appropriatezza prescrittiva	5.1	Razionalizzazione delle ripetizioni -definizione di timing appropriato per la ripetizione degli esami, riduzione del TAT per esami urgenti	15		Si (allegare report)		documentazione interna
6	Contenimento ed ottimizzazione dei costi	6.1	Mantenimento/Riduzione dei costi per dispositivi medici diagnostici in vitro acquistati con procedure azeindali	15		< 3% rispetto al 2022		documentazione interna
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.2	N. richieste per accertamenti art.186,art.187 C.D.S. conformi / N. richieste totali pervenute in laboratorio	15	60/60 100%	>=80%		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	15	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				
9		9.1						
10		10.1						
11		11.1						

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

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

9

9.1

10

10.1

11.1

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Efficienza, qualità ed efficacia assistenziale	3.1	Riduzione dei tempi di refertazione dei Pap Test relativi al primo livello dello screening del carcinoma della cervice uterina. Numero di Pap test referatati entro 15 giorni dall'accettazione in Anatomia Patologica / numero di Pap test accettati.	10		> 90%		documentazione interna
4	Riduzione dei tempi di refertazione dei casi relativi al secondo livello dello screening del carcinoma del colon-retto.	4.1	Numero di casi referatati entro 20 giorni dall'accettazione in Anatomia Patologica / numero di casi accettati.	10	561/565 99,3%	> 90%		documentazione interna
5	Organizzazione del trasporto in qualità di campioni biologici da sottoporre ad indagini anatomico-patologiche effettuati all'interno della rete dei punti prelievo aziendali	5.1	Aggiornamento della procedura aziendale per il trasporto dei campioni per le indagini anatomico-patologiche, all'interno della rete dei punti prelievo aziendali. Aggiornamento della procedura aziendale per il trasporto dei campioni per le indagini anatomico-patologiche, all'interno della rete dei punti prelievo aziendali	10		SI (allegare documento)		documentazione interna
6	Decreto assessoriale della salute art. 6 n. 3253 del 30 settembre 2010 - controllo di qualità dei processi laboratoristici regionali.	6.1	Partecipazione ai circuiti interlaboratori regionali e nazionali relativi alle VEQ per HPV	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Contenimento ed ottimizzazione dei costi	6.2	Mantenimento/Riduzione dei costi per diagnostica di laboratorio rispetto al 2022	10		SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
<i>Screening oncologici: (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1) Screening oncologico relativo al tumore del colon retto e del ca della cervice uterina</i>								
9	Riduzione dei tempi di refertazione del PAP test	9.1	N. Casi di citologia cervico-vaginale referatati entro 20 gg dall'accettazione in Anatomia Patologica / N. di casi di citologia cervico-vaginale accettati	15	9.359/9.488 98%	≥80%		documentazione interna
10		10.1	N. HPV-DNA test referatati entro 12 giorni dall'accettazione in Anatomia patologica / N. HPV-DNA test accettati	10	9.754/10.009 97,4%	≥80%		documentazione interna
11	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening relativo al tumore colon retto	11.1	Aggiornamento del PDTA dello screening del cervico carcinoma del colon retto	10	in via di stesura (giustificato)	SI (allegare documento)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

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

10

10.1

11.1



**Dipartimento di Diagnostica per Immagini**  
**Scheda indicatore: Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1):**  
**Screening oncologico relativo al tumore della mammella**

N. Sub-OBTV	Sub-OBIETTIVO	N. Sub-IND.	Sub-INDICATORE	% sul PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Estensione screening tumore della mammella	1.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	40	88.883/88.883 100%	100%		Survey GISMa
2	Adesione screening tumore della mammella	2.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5	27.595/83.661 33%	>=60%		Survey GISMa
		2.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati incremento 3% rispetto anno precedente	5		>=3% 2022		Survey GISMa
3	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo screening del tumore della mammella	3.1	Aggiornamento PDTA screening del tumore della mammella	10	Si	Si (allegare documento)		documetazione interna
4	Miglioramento dell'accessibilità per l'attività di screening	4.1	Numero sessioni nei giorni di sabato o domenica	5	SI	1/mese per centro		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
5	Riduzione dei tempi di refertazione delle mammografie negative	5.1	N. mammografie esitate entro 30 gg dall'esecuzione /N. mammografie eseguite	8	25.494/27.595 92%	>=90%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
6	Miglioramento della soddisfazione dell'utente (Customer satisfaction)	6.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	3	pertinenza del centro gestionale screening	95%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
7	Riduzione dei tempi di esecuzione delle indagini di approfondimento	7.1	N. indagini di approfondimento non invasive eseguite entro 20 gg / N. di mammografie eseguite con esito dubbio	5	1.462/1.621 90%	90%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
8	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	8.1	Compilazione survey entro 15 giorni dopo la scadenza	3	pertinenza del centro gestionale screening	Si (allegare relazione)		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
9	Riduzione del numero delle indagini di approfondimento	9.1	N. indagini di approfondimento non invasive eseguite / N. di mammografie eseguite	7	Si 141; 1.321/25.580	(<= 7% primi esami; <= 5% esami successivi)		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
10	Riduzione del tasso di richiamo tecnico	10.1	N. richiami tecnici relativi all'esecuzione della mammografia da parte del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica / N. mammografie eseguite.	5	126/27.595 0,46%	<3%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
11	debito informativo PDTA eredo familiare	11.1	Numero schede PDTA eredofamiliare compilate/numero adesioni totale	4		40%		report prodotto dal Referente UOSD Screening Mammografico in collaborazione con l'UOC Centro Gestionale Screening
				100				

## Dipartimento di Diagnostica per Immagini

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna dipartimento
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna dipartimento
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2021 / Importo budget 2021 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Report sistema contabile
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1); Screening oncologico relativo al tumore della mammella	4.1	Raggiungimento dei sub-obiettivi indicati nella scheda SCR allegata	30	100%	Si v. allegato SCR		Report allegato SCR
5	Osservanza degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 101/2020	5.1	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva/N° totale di richieste di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX che pervengono alle UU.OO	10		Si (allegare relazione)		Campione di copie di referti di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
		5.2	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame/N° totale di richieste di TAC ed esami RX che pervengono alle UU.OO	10		Si		Campione di copie di referti di TAC ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	15	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna dipartimento
7	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	7.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Integrazione radiologia ospedaliera e territoriale	5		100%		scheda struttura
		8.2	UOC Radiologia - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%		scheda struttura
		8.3	UOC Radiologia- DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%		scheda struttura
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

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

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

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

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna UOC
3	Elaborazione di referto strutturato	3.1	N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati	35		≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente)		Campione di referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto
4	Osservanza degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 101/2020	4.1	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva/N° totale di richieste di Risonanza Magnetica, TAC, Ecografie ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20		100%		Campione di referti di TAC ed esami RX riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame
		4.2	N° di referti riportanti nel testo l'avvenuta applicazione del principio di giustificazione dell'esame/N° totale di richieste di TAC ed esami RX che pervengono alle UU.OO	20		100%		Campione di referti TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta
5	PNRR – M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	5.1	Rifunionalizzazione e riorganizzazione delle attività di Diagnostica per Immagini nei PP.TT.AA. e nei Poliambulatori	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

## Dipartimento Emergenza-Urgenza

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Gestione del dolore in ospedale	3.1	Produzione di due schede per la valutazione del dolore in ambiente intraospedaliero riferendoci alla sua evoluzione temporale: - una da utilizzare per i pazienti ricoverati nei reparti di degenza e una da utilizzare per i pazienti presenti in Pronto Soccorso e già sottoposti a Triage.	5		Si (allegare documento)		documentazione interna
4	Donazione organi e tessuti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 6)	4.1	Organizzazione in ambito aziendale di almeno un corso di formazione e/o sensibilizzazione.	5	1 giustificato	1		documentazione interna
5	Miglioramento dell'attività assistenziale	5.1	Implementazione dell'utilizzo di Procedure di Partoanalgesia: Obiettivo per il 2023: Aumentare l'uso della Partoanalgesia in almeno il 15% del totale dei parti per via naturale. Formula: Parti con l'uso di partoanalgesia x 100/Totale dei Parti per via naturale. Valore atteso 15% = 100% raggiungimento obiettivo	5		Si (allegare relazione)		Registri divisionali
		5.2	Creazione di una procedura che identifichi le caratteristiche cliniche dei pazienti che possano essere dimessi dalle Terapie Intensive, verso: - Il domicilio, - Strutture distrettuali, - Hospice, - RSA. Lo scopo della procedura è rendere agevoli e con idonea tempistica, i trasferimenti dalla Terapia Intensiva.	5		>90%		Gestionale Hero
		5.3	Ottimizzazione della attività anestesiologica nelle sedute di elezione (sia in riferimento a tutte le specialità chirurgiche salvo Ostetricia e Ginecologia). L'orario di attività della seduta che serve da base del calcolo è: Sedute mattutine: ore 8,30 – ore 14,00, eventuali sedute pomeridiane ore 14,15 – 20,00. Si valuta l'impegno lavorativo globale dell'anestesista documentato dall'inizio della procedura al risveglio, inteso come il passaggio alla osservazione postoperatoria. Il valore atteso è 100% del tempo di sedute che equivale al 100% del raggiungimento dell'obiettivo.	5		Si (allegare relazione)		Gestionale Ormaweb
		5.4	Attivazione 1 posto letto di terapia del dolore presso UOSD situata presso PO "Civico" di Partinico	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2023 secondo le indicazioni assessoriali N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	3	Si	vedi indicazioni assessoriali		Portale gestionale aziendale BI
		6.2	Elaborazione del Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2023 in collaborazione con il team aziendale	10	Si	SI		documentazione interna
		6.3	Monitoraggio attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2023 in collaborazione con il team aziendale	10	Si	SI		documentazione interna

## Dipartimento Emergenza-Urgenza

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOSDIP Pronto Soccorso PO Petralia	7.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza nel Pronto Soccorso < alle 6 ore. Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da EMUR escluso "Esito 6" (Il paziente abbandona il PS prima della visita medica), e esito 7 (Il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica. > 95 Valore atteso: Miglioramento del Valore ottenuto nel 2022 del 10 %. Il miglioramento del 10 % corrisponde al 100% di raggiungimento dell'obiettivo.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
		7.2	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 = Valore medio del 2022, ridotto del 10 %. Una riduzione del 10 % equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	2		Si (allegare relazione)		Portale gestionale aziendale BI
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Terapia Intensiva - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5	95,00%	100%		scheda UOC
		8.2	UOC Servizio di Anestesia - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	98,79%	100%		scheda UOC
		8.3	UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	93,60%	100%		scheda UOC
		8.4	UOC Pronto Soccorso - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5	97,95%	100%		scheda UOC
		8.5	UOC Pronto Soccorso - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	99,10%	100%		scheda UOC
		8.6	UOC Astanteria - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	98,65%	100%		scheda UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Valutazione soggettiva della efficacia della comunicazione Medico/Parenti. Compilazione di una scheda per i primi cinque pazienti di ogni mese, per i quali i parenti danno una valutazione da 1 a 3 sulla efficacia della comunicazione. Valore atteso 95 % di valori tra 2 e 3. Tale valore atteso corrisponde al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	25		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)		documentazione interna
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento di Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	30/30 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020 )		documentazione interna
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	no	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna e Report della UOC di Ortopedia
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	15	8,77	DM 2022 - 2 gg		Gestionale Hero
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				



<b>Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Servizio di Anestesia - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Valutazione soggettiva della efficacia della comunicazione Medico/Parenti. Compilazione di una scheda per i primi cinque pazienti di ogni mese, per i quali i parenti danno una valutazione da 1 a 3 sulla efficacia della comunicazione. Valore atteso 95 % di valori tra 2 e 3. Tale valore atteso corrisponde al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	25		SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)		documentazione interna
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	20/20 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)		documentazione interna
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	66/87 75,86%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna e Report della UOC di Ortopedia
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	15	1190%	DM 2022 - 2 gg		Gestionale Hero
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

<b>Dipartimento Emergenza-Urgenza: UOC Terapia Intensiva - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Valutazione soggettiva della efficacia della comunicazione Medico/Parenti. Compilazione di una scheda per i primi cinque pazienti di ogni mese, per i quali i parenti danno una valutazione da 1 a 3 sulla efficacia della comunicazione. Valore atteso 95 % di valori tra 2 e 3. Tale valore atteso corrisponde al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	25		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)		documentazione interna
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento Emergenza-Urgenza /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35	20/20 100%	>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2020)		documentazione interna
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	68%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna e Report della UOC di Ortopedia
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
7	Mantenimento dei livelli di attività	7.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	5	3,89	>=95%		Gestionale Hero
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	5	14,24	<=105%		Gestionale Hero
		7.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023 / DM 2022	5	6,35	>=95%		Gestionale Hero
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollimento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOC Pronto Soccorso PO Partinico	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2023 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	15	K=0,41 giustificato	vedi indicazioni assessoriali		documentazione interna
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollimento Pronto Soccorso 2022 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	20	SI	SI		documentazione interna
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollimento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) UOS Pronto Soccorso PO Corleone	4.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2023 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	15	K=0,12 giustificato	vedi indicazioni assessoriali		documentazione interna
		4.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollimento Pronto Soccorso 2023 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	20	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
5	Miglioramento dell'attività assistenziale UOC Pronto Soccorso PO Partinico	5.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica). <= 95%. Valore atteso: Miglioramento del Valore ottenuto nel 2022 del 10 %. Il miglioramento del 10 % corrisponde al 100% di raggiungimento dell'obiettivo.	2		>=95%		Portale gestionale aziendale BI
		5.2	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosiddette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 >= 1,2 x Valore 2022. Tale aumento di almeno 0,2 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo.	2		0%		Portale gestionale aziendale BI
		5.3	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 <= 5. Qualsiasi numero <= a 5 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%.	2		valore 2023 >= 1,2 x valore 2022		Portale gestionale aziendale BI
		5.4	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 = Valore medio del 2022, ridotto del 10 %. Una riduzione del 10 % equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	4		100%		Portale gestionale aziendale BI
6	Miglioramento dell'attività assistenziale UOS Pronto Soccorso PO Corleone	6.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica). <= 95%. Valore atteso: Miglioramento del Valore ottenuto nel 2022 del 10 %. Il miglioramento del 10 % corrisponde al 100% di raggiungimento dell'obiettivo.	2		100%		Portale gestionale aziendale BI
		6.2	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosiddette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 >= 1,2 x Valore 2022. Tale aumento di almeno 0,2 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo.	2		100%		Portale gestionale aziendale BI
		6.3	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 <= 5. Qualsiasi numero <= a 5 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%.	2		100%		Portale gestionale aziendale BI
		6.4	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 = Valore medio del 2022, ridotto del 10 %. Una riduzione del 10 % equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	4		100%		Portale gestionale aziendale BI
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2023 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	25	K=0,27 giustificato	vedi indicazioni assessoriali		documentazione interna
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso 2023 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	40	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
4	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Pronto Soccorso	4.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica). <= 95%. Valore atteso: Miglioramento del Valore ottenuto nel 2022 del 10 %. Il miglioramento del 10 % corrisponde al 100% di raggiungimento dell'obiettivo.	10		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.2	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosiddette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 >= 1,2 x Valore 2022. Tale aumento di almeno 0,2 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.3	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 <= 5. Qualsiasi numero <= a 5 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.4	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 = Valore medio del 2022, ridotto del 10 %. Una riduzione del 10 % equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	3.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2023 secondo le indicazioni assessoriali Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	25	K=0,60 giustificato	vedi indicazioni assessoriali		documentazione interna
		3.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso 2023 secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	40	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
4	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOS Pronto Soccorso	4.1	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso < alle 6 ore Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica). <= 95%. Valore atteso: Miglioramento del Valore ottenuto nel 2022 del 10 %. Il miglioramento del 10 % corrisponde al 100% di raggiungimento dell'obiettivo.	10		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.2	Continuità di cura dal PS al Territorio con dimissioni ambulatoriali e dimissioni protette verso le cosidette "cure palliative simultanee" sia in Hospice, sia a domicilio. Valore atteso: Valore 2023 >= 1,2 x Valore 2022. Tale aumento di almeno 0,2 corrisponde al raggiungimento del 100% dell'obiettivo.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.3	Riduzione delle consulenze per paziente. Valore atteso per il 2023 <= 5. Qualsiasi numero <= a 5 corrisponde al raggiungimento dell'obiettivo al 100%.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
		4.4	Riduzione dei tempi di attesa in Triage, degli accessi al PS con Codice Giallo: Valore Atteso per il 2023 = Valore medio del 2022, ridotto del 10 %. Una riduzione del 10 % equivale al 100 % di raggiungimento dell'obiettivo.	5		100%		Portale gestionale aziendale BI
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

<b>Dipartimento Cure Primarie</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna e sistema informatizzato
4	- Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	4.1	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante ed ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	20	SI	SI (allegare report)		documentazione UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna- Coordinamento CUP Aziendale
5	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	5.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		SI (allegare relazione)		documentazione interna
6	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	UOC Cure primarie	15	100%	100%		scheda UOC
		6.2	UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	100%	100%		scheda UOC
		6.3	UOC Medicina legale e fiscale	15	100%	100%		scheda UOC
		6.4	UOC Cronicità e percorsi assistenziali	15	non attivata	100%		scheda UOC
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

<b>Dipartimento Cure Primarie UOC Cure Primarie</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	3.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio degli indicatori previsti dagli obiettivi di salute e funzionamento 2019-2020: 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 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  <i><u>N.B.: la UOC stabilirà i valori attesi degli indicatori per i presidi ospedalieri e per i distretti sanitari e ne valuterà il raggiungimento</u></i>	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna e sistema TS
4	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	4.1	Supporto alla UOS Coordinamento Gestionale Screening per l'aggiornamento della Banca dati anagrafica (esito file MMG/assistiti ogni 2 mesi)	15	SI	SI (relazione )		documentazione interna
5	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	5.1	Realizzazione delle attività finalizzate all'acquisizione/caricamento dei consensi informati da parte delle strutture aziendali e rendicontazione dell'indicatore: % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati	10	SI	SI (allegare relazione e report)		documentazione interna
		5.2	Rendicontazione indicatore: % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	6.1	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: Rendicontazione dell'indicatore "N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico"	20	>90% SI	SI (allegare report)		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		documentazione interna e sistema TS
8	Osservanza degli adempimenti per il miglioramento Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA)	8.1	Potenziamento comunicazione informatica Assistiti/Deceduti su base annua di MMG e PLS ASP Palermo	20		SI (allegare report)		
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	- Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019-GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	3.1	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	SI	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		documentazione interna
		3.2	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	15	nessuna sospensione	SI (allegare report)		documentazione interna
		3.3	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		3.4	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
		3.5	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema SOVRACUP regionale	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
		3.6	Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		3.7	Relazione annuale complessiva sui risultati raggiunti, con specifica dell'attuazione degli interventi/azioni effettuati da ciascuna struttura aziendale rispetto a agli interventi/azioni previsti dal programma attuativo aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
4	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020 approvato con DA n.1103/2020	4.1	Elaborazione del Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa secondo quanto previsto dal DA n.1103/2020	10	SI	SI (allegare piano)		documentazione interna
		4.2	Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				



<b>Dipartimento Cure Primarie UOC Medicina legale e fiscale</b>								
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	<b>FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Miglioramento tempi risposta	3.1	N. risposte a richieste di chiarimenti da parte di utenti privati o pubblici sugli adempimenti effettuati in collegio medico o commissione di invalidità entro 20 gioni / N. richieste di chiarimenti da parte di utenti privati o pubblici sugli adempimenti effettuati in collegio medico o commissione di invalidità	45	100%	>=90%		documentazione interna
4	Garanzia dei tempi di risposta nell'attività del Collegio medico	4.1	N. giudizi collegiali inoltrati all'Ente committente entro 20 gg dall'effettuazione della visita / N. totale richieste pervenute	40	542/542 100%	>=90%		documentazione interna
5	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	5.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	5		Si (allegare relazione)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1		sistema informatico aziendale e documentazione interna
4	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy) - 3.3.A	4.1	Realizzazione dell'intervento 3.3 B- Liquidazione delle indennità previste per la disabilità con le modalità e nei termini previsti dalle Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	20		100%		documentazione interna e delibere di liquidazione distrettuali
5	Monitoraggio accessi vascolari	5.1	Numero accessi vascolari venosi gestiti a domicilio nel 2023/N. medio accessi vascolari venosi gestiti a domicilio nel biennio 2020-2021	15		≥3%		documentazione interna
6.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	UOC Assistenza riabilitativa territoriale	15	100%	100%		scheda uoc
		6.2	UOC UOC Integrazione socio-sanitaria	15	100%	100%		scheda uoc
		6.3	UOC Assistenza socio-sanitaria demenze - Centro di riferimento regionale per le demenze	15	attiva solo da dicembre	100%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria UOC Assistenza riabilitativa territoriale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Verifica dell'applicazione della direttiva aziendale "Assistenza protesica e integrativa: applicazione DPCM 12/01/2017 (Nuovi LEA)" - prot.n.11968/CARAD del 17/07/2018	3.1	N. di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC per l'inoltro all'UOC Approvvigionamenti per le quali è stato effettuato il controllo preventivo sulla corretta applicazione della direttiva / N. di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC per l'inoltro all'UOC Approvvigionamenti.	35	100%	100%		documentazione interna
4	Effettuazione dei controlli di appropriatezza sulla gestione dei pazienti minori in carico per progetti riabilitativi ai centri di Riabilitazione ex art. 26	4.1	N. centri riabilitativi ex art. 26 presso cui sono stati eseguiti controlli per la valutazione di appropriatezza e congruità nella gestione dei progetti riabilitativi dei pazienti minori in carico al centro / N. totale centri di riabilitazione ex art. 26 che hanno in carico pazienti minori	40	11/15 73%	>=70%		documentazione interna
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	5.1	Monitoraggio applicazione della procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa ed attuazione eventuali misure di miglioramento	10	Si	SI (allegare relazione)		documentazione interna
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si	Si (allegare report e relazione)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria UOC Integrazione socio-sanitaria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio	3.1	N. pazienti con presa in carico territoriale / N. pazienti segnalati per dimissione protetta dagli Uffici territoriali	15	6.684/7.963 84%	>= 70%		documentazione interna UOC ed UOS Flusso Siad e ARS
		3.2	N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2022 / dato medio biennio 2020-2021	15	17.014/16.171 105%	>= 5%		documentazione interna UOC ed UOS Flusso Siad e ARS
		3.3	N. Pazienti assistiti in Cure Palliative nel 2023/dato medio biennio 2020-2021	15		>=3%		documentazione interna UOC ed UOS Flusso Siad
4	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure residenziali e nel percorso di continuità assistenziale RSA – territorio-	4.1	N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani	15	641/1.141 56%	>= 30%		documentazione interna UOC ed UOS Flusso Siad e ARS
5	Sistema informativo integrato e cartella socio-sanitaria informatizzata per la realizzazione di servizi e prestazioni socio-sanitarie integrate	5.1	Integrazione dei software delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione: Definizione programmazione e realizzazione attività previste per il 2022	10	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna UOC ed UOC Sviluppo dei progetti Sanitari
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	6.1	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	10	100%	100%		documentazione interna UOC
		6.2	Realizzazione dell'intervento 3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza: N. valutazioni multidimensionali domiciliari e ospedaliere / N. valutazioni multidimensionali totali	5	15.991/19.993 80%	>=50%		documentazione interna UOC
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	Si (allegare report e relazione)		documentazione interna UOC ed UOS Flusso Siad
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

<b>Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria UOC Assistenza socio-sanitaria demenze</b>								<b>PUNTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI</b>
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.R. 2021</b>	<b>V.A. 2023</b>	<b>V.R. 2023</b>	
1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	3.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMASTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15		>80%		documentazione interna
		3.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10		>120 (allegare relazione)		documentazione interna
4	Presa in carico pazienti con deterioramento cognitivo e familiari nel percorso di assistenza	4.1	n. pazienti presi in carico con fascicolo personale / n. pazienti che si presentano per la prima visita	30		80%		documentazione interna
5	Eleggibilità e presa in carico dei pazienti, presenza di protocolli e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei setting CDCD e CDA	5.1	n. procedure / n. snodi del percorso tra CDCD e CDA	30		SI (report e relazione)		documentazione interna
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5		SI (report e relazione)		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	3.1	Monitoraggio trimestrale degli indicatori di esito: Interventi di frattura di femore effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero; N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari; N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI; N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg.	10	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
		3.2	Coordinamento e realizzazione di audit, con gli attori coinvolti e la Direzione Medica di Presidio competente, sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, PTCA in pazienti con IMA STEMI, colecistectomia laparoscopica)	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
4	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA): Monitoraggio e Audit	4.1	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
		4.2	Coordinamento e realizzazione di audit, con gli attori coinvolti e la Direzione Medica di Presidio competente, sui risultati critici del monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	15		Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	5.1	Trasmissione report interventi di competenza Case di Cura accreditate	5	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
		5.2	Intervento 2.4.A: Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) : N.cartelle cliniche sottoposte a controlli / N. cartelle campionate dall'Assessorato della salute e disponibili	15	6.231/6.231 100%	100%		documentazione interna
		5.3	Intervento 2.5.A: Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE: Coordinamento dell'attività di audit per le strutture segnalate dall'Assessorato della salute e trasmissione dei risultati a quest'ultimo congiuntamente alla Direzione aziendale  <i>N.B.: l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato</i>	15	nessuna indicazione dall'Assessorato	Si (allegare relazione)		documentazione interna
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Monitoraggio indicatore programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno.	5	126 332 37,95%	Si (allegare report)		documentazione interna
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	Si	Si (allegare report)		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

## Dipartimento Risorse Umane

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



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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"	3.1	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale	10	100%	100% (allegare report e relazione )		documentazione UOC
4	Revisione regolamento aziendale per la disciplina del rapporto di lavoro a tempo parziale e ad impegno ridotto	4.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	25		SI (allegare relazione )		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
5	Regolamento attribuzione "differenziali economici di professionalità"(in condivisione con l'UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali)	5.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	25		SI (allegare relazione )		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
6	Regolamento affidamento, conferma e revoca degli incarichi di posizione, di funzione organizzativa e di funzione professionale del comparto (in condivisione con l'UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali)	6.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	30		SI (allegare relazione )		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		Rendiconto analitico consuntivo 2023
4	Flusso Personale Dipendente: Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo le modalità indicate nel D.A. del 29 febbraio 2012 ex art.79 (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	5	20 / 20 100%	100%		applicativo flussi e documentazione UOC
		4.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	10	Si	SI (allegare relazione e report )		applicativo flussi e documentazione UOC
5	Flusso Personale Dipendente: Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre	10	Si	SI (allegare relazione e report )		applicativo flussi e documentazione UOC
6	Flusso Personale Dipendente: Produzione del monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) nell'ambito degli adempimenti del Programma Operativo in coerenza con le risultanze del Flusso del Personale: sottoscrizione/certificazione (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Coerenza monitoraggio trimestrale con le risultanze del flusso: 0% delta non giustificato tra unità di personale rilevate nella Tabella D.1.2 e dal Flusso per ogni trimestre	10	Si	SI (allegare relazione e report )		applicativo flussi e documentazione UOC

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	Fonte UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Contenimento della spesa per il personale (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a1 e 3a2)	7.1	Relazione relativa al Rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n. 190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/2009	20	Si	Si (allegare relazione)		Applicativo gestionale stipendi
		7.2	Relazione relativa al Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del Dl. 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato	20	Si	Si (allegare relazione)		Applicativo gestionale stipendi
8	Regolamento attribuzione "differenziali economici di professionalità" (in condivisione con l'UOC Stato giuridico programmazione e acquisizione risorse umane)	8.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	5		Si (allegare relazione)		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
9	Regolamento affidamento, conferma e revoca degli incarichi di posizione, di funzione organizzativa e di funzione professionale del comparto (in condivisione con l'UOC Stato giuridico programmazione e acquisizione risorse umane)	9.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	5		Si (allegare relazione)		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Rispetto della tempistica delle attività di competenza	3.1	N. proposte di delibere per corsi O.S.S. predisposte entro 30 gg dall'acquisizione di tutta la documentazione/ N° proposte di delibere di convenzioni per corsi O.S.S. predisposte	30	14/14 100%	100%		Nota trasmissione proposta a Direzione Strategica
		3.2	N. provvedimenti/determine di convenzionamento con vari Enti per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori per i rischi derivanti da agenti fisici, chimici, biologici ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 predisposti entro 30 gg. dalla richiesta / N. richieste di convenzionamento da parte degli Enti/Dipartimenti Regionali etc..	40	20/20 100%	100%		Sito aziendale - Convenzioni
4	Regolamento per la procedura di stipula e/o rinnovo convenzioni con strutture accreditate per la gestione di CTA, CT, RSA, Centri Riabilitazione ex art. 26 L.n. n.833/78 etc...	4.1	Predisposizione bozza proposta di regolamento entro il 31/12/2023	20	SI	SI		Nota trasmissione bozza a Direzione Strategica
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Risorse Umane: UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero professionale e ALPI								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		Rendiconto analitico consuntivo 2023
4	Flusso Personale Convenzionato: Invio del Flusso istituito dal progetto art.79 secondo le modalità e la tempistica indicata nel D.A. dell'8 luglio 2013 (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	4.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	15	15/15=100%	100%		applicativo flussi e documentazione UOC
		4.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	15	Si	Si		applicativo flussi e documentazione UOC
5	Flusso Personale Convenzionato: Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE (Flussi informativi - obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre.	20	Si	Si		applicativo flussi e documentazione UOC
6	Rispetto della tempistica delle attività di competenza	6.1	Rispetto dei termini di liquidazione degli emolumenti in favore del personale convenzionato entro il 27 di ogni mese	20		Si (allegare report e relazione )		Determina mensile di liquidazione
7	Controllo formale provvedimenti	7.1	N. proposte di delibera relative all'attività del personale convenzionato controllate / N. proposte di delibera relative all'attività del personale convenzionato pervenute dalle macrostrutture aziendali	15		100%		Note trasmissione proposte a Direzione Strategica
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

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

Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali: UOC Bilancio e programmazione								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		applicativo aziendale
4	Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	4.1	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2023 secondo le direttive dell'Assessorato Regionale della Salute	10	SI	SI (allegare report)		documentazione UOC
		4.2	Predisposizione del bilancio consuntivo 2022 entro la scadenza prevista dalla normativa regionale vigente	10	SI	SI (allegare report)		documentazione UOC
5	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	5.1	Relazione sul Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione UOC
6	Miglioramento delle procedure di registrazione delle fatture e dei mandati di pagamento del "Ciclo Passivo"	6.1	N. fatture emesse da Fornitori registrate e pagate nei tempi previsti dalla normativa / N. totale fatture liquidate dalle strutture ordinanti	5	76.161/76.161 100%	≥ 95%		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		6.2	Produzione di report e relazione semestrale per la Direzione Amministrativa sulle fatture non pagate nei tempi previsti dalla normativa	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
7	Incremento incasso sui crediti	7.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2022	5	23%	> = 10%		documentazione UOC ed applicativo aziendale
8	Contabilità separata per prestazioni per ALPI in regime di convenzione	8.1	Elaborazione di report semestrale aggiornato contenente elenco delle fatture attive emesse per la gestione dell'ALPI in regime di convenzione e la data di trasmissione della stessa alle macrostrutture ai fini della relativa liquidazione.	5	SI	SI (allegare report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	Dati trasmessi dalla UOC Legale = Dati presenti in Co.Ge. (Allineamento del Fondo Rischi alla CO.GE. - Azione PAC I4.4)	5		SI (allegare relazione)		documentazione UOC
		9.2	Creazione e movimentazione conti dedicati alle manutenzioni straordinarie (Mappare e capitalizzare le manutenzioni straordinarie - Azione PAC D6.1 - D6.3)	5		SI (allegare relazione)		documentazione UOC
		9.4	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A	3				documentazione UOC
10	Parificazione e/o verifica casse economali e casse ticket	10.1	Verifiche casse ticket ed economali nella misura di almeno il 50% nel corso dell'anno	3	SI	SI (allegare report)		documentazione UOC
11	verifica utilizzo fondi PNRR	11.1	predisposizione di report per le singole progettualità	5		≥ 50%		documentazione UOC
12	Monitoraggio spesa Covid	12.1	predisposizione CE Covid	5		SI (allegare report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Trasmissione alla Piattaforma SIS dei modelli CE, per l'inserimento nella piattaforma NSIS, entro le scadenze previste dalle normative vigenti.	5	SI	SI (allegare report)		piattaforma informatica
		13.2	Predisposizione del modello SP entro la scadenza prevista dalle normative vigenti	4	SI	SI (allegare report)		piattaforma informatica
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		applicativo aziendale
4	Regolarizzazione catastale degli immobili	4.1	Regolarizzazione catastale degli immobili di cui agli elenchi "A1 e "C1"	25		Si (allegare relazione e report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Avvio attività di ricognizione straordinaria dei cespiti aziendali ai fini dell'implementazione del libro cespiti informatizzato in collaborazione con la Società Municipia Spa. (Ricognizione straordinaria dei cespiti anche con il tramite della nuova Software House propedeutica all'allineamento dei dati patrimoniali con quelli presenti in Co.Ge. -Azioni PAC D5.1 -D5.3)	25		Si (allegare relazione e report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		5.2	Numero strutture che hanno ricevuto la strumentazione funzionale alla corretta etichettatura dei beni/Numero strutture aziendali (Garantire la corretta etichettatura dei beni - Azione PAC D1.1)	5		≥ 80%		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		5.3	Attività di ricognizione ed aggiornamento inventario beni aziendali c/o terzi per l'aggiornamento del libro cespiti (Aggiornamento dell'inventario dei beni aziendali c/o terzi - Azioni PAC D2.1 - D2.2- D2.3)	25		Si (allegare relazione e report)		documentazione UOC ed applicativo aziendale
		5.4	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	5		Si (allegare relazione)		documentazione UOC
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				



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

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

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

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione UOC
2	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici ed alla selezione del personale (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Verifica dei rischi corruttivi per la gestione degli appalti pubblici e modalità di selezione del personale assegnatario	2		SI (Allegare relazione)		documentazione UOC
3	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	3.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione UOC
4	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	4.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione UOC
5	Implementazione dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" (assegnato dal Resp. Trasp. con nota prot. 03/Trasp del 04/01/2023 )	5.1	Attività di pubblicazione secondo l'elenco di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (all. to n. 9)	2		SI (Allegare relazione e Report)		documentazione UOC
6	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	6.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2022 / Importo budget 2022 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		applicativo aziendale
7	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	7.1	Affidamento forniture di beni e servizi sotto soglia relative all'emergenza Covid-19 da concludere: a) in caso di affidamento diretto: entro 30 giorni dalla ricezione della richiesta debitamente compilata e completa di tutti i dati necessari a cura del Dipartimento richiedente; b) in caso di RDO: entro 60 giorni dalla ricezione della richiesta debitamente compilata e completa di tutti i dati necessari a cura del Dipartimento richiedente.	5		SI (allegare report di confronto 2021-2022)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.2	Riduzione delle procedure di acquisto in urgenza rispetto al 2021 che derivano da un difetto di programmazione rispetto al Piano biennale degli acquisti adottato con delibera n. 666 del 06/11/2022 dovuto ad esigenze non programmabili ed impreviste e previa autorizzazione da parte della Direzione Strategica per le dovute modifiche al Piano	5		SI (allegare report di confronto 2021-2022)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.3	Gestione richieste di abilitazione fornitori attraverso uso di uno specifico software che garantisca la rotazione degli operatori economici secondo criteri definiti dalla normativa: popolamento del data base fornitori/professionisti e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10		100%		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.4	Gestione contratti sul registro informatizzato: caricamento contratti sul software e ogni altra azione propedeutica al pieno utilizzo	10	1098 contratti 100%	90%		documentazione UOC e piattaforma informatica
		7.5	Redazione nuovo Regolamento acquisti di beni e servizi ed invio alla Direzione Strategica per l'adozione	10		100%		documentazione UOC
		7.6	Relazione complessiva sull'obiettivo	5		SI (allegare relazione)		documentazione UOC
8	Piano di miglioramento relativo al Progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"	8.1	Implementazione degli interventi e delle azioni descritti nel Piano di miglioramento aziendale in riferimento al numero di ordini NSO di pertinenza della UOC emessi a fronte delle relative delibere/determine adottate	5	100%	100% (allegare report e relazione )		documentazione UOC e piattaforma informatica

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
9	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	9.1	Applicazione della procedura relativa al Piano degli Investimenti (Definizione del PIANO degli INVESTIMENTI biennale a scorrimento annuale - Azione PAC D4.1, D4.3, D4.5) - adottata con Delibera n. 1525 del 04/10/2022	8		Si (allegare relazione)		
		9.2	Intervallo temporale tra la data dell'operazione di cassa e quella della relativa registrazione a sistema (Registrazione tempestiva delle operazioni di cassa sul software aziendale - Azione PAC G1.2, G1.4)	5		media intervallo temporale < 5 gg per il 100% operazioni di cassa (allegare Report)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		9.3	Stesura di una nota contenente il programma di lavoro sulle attività relative all'inventario fisico dei Magazzini di Casermaggio, Igiene e Pulizia, Cancelleria e Stampanti e corrispondenza con quanto risulta caricato a sistema (Rendere omogenee le attività di inventariazione nei Magazzini di Casermaggio, Igiene e Pulizia, Cancelleria e Stampanti - Azione PAC E1.1, E1.3, E1.4, E1.8, E4.1)	5		Si (allegare relazione)		documentazione UOC
		9.4	Sensibilizzare le strutture organizzative alla gestione delle richieste d'acquisto, anche "urgenti", solo a sistema (Gestione delle richieste d'acquisto urgenti ricevute secondo la procedura PAC Delibera n. 538 del 07/05/2021 - Azione PAC D1.1, D1.3)	5		Si (allegare relazione)		documentazione UOC e piattaforma informatica
		9.5	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A.	5		Si (allegare relazione)		documentazione UOC e piattaforma informatica
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, dei Flussi ministeriali e dei Flussi Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità definita dalla normativa vigente - D.A. 30/05/2008 - e trasmissione degli stessi alla UOS Sis nel rispetto delle tempistiche indicate nel suddetto decreto e nei singoli disciplinari	5		Si (allegare report e relazione)		documentazione UOC e piattaforma informatica
11	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	11.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		Si (allegare report e relazione)		documentazione interna
12	Processi di ottimizzazione dei tempi di liquidazione fatture	12.1	Liquidazione fatture elettroniche inviate dall'UOC competente e relative agli ordini NSO di pertinenza della UOC Approvvigionamenti (emessi a fronte delle relative delibere/determine adottate) da effettuarsi entro 50 giorni dal ricevimento delle stesse.	10		Si (allegare report e relazione)		documentazione UOC e piattaforma informatica
				<b>100</b>				

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

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

## Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

## Distretti

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

## Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	3/3 100% 1) 102/102 2) 102/103 3) 102/102	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	24/24 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	15707/24=654	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	8	185	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	215/215 100%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA 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	185/185 100%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		11.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Gestione salme positive al COVID 19	14.1	1) presa visione della documentazione attestante la positività della salma; 2) verifica isolamento della salma; 3) trasmissione documentazione UOC medicina legale per implementazione sito ministeriale.	10		100%		Medicina Legale distrettuale
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				



Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2				documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	3/3 100% 1) 126/126 2) 97/97 3) 126/130	>=90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	3	90%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Servizio Informatico Aziendale
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	3	>120	>130		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	5	SI	SI (allegare relazione)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
		7.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	no causa covid	SI (allegare relazione)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	179	SI (allegare relazione)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	100%	>=80%		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scopenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	163/163 100%	>=90%		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
		11.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%		Poliambulatorio Distretto n. 34 di Carini
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		Piattaforma informatizzata
13	Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	13.1	Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalle Direttive Assessoriali : tempestivo pagamento del 100%	5		100%		Distretto n. 34 Carini
		13.2	Valutazione richieste di ADI : n. di valutazioni di ADI effettuate entro 3 giorni lavorativi /su n. totale di richieste di ADI pervenute.	4		>=80%		
14	Provvedimenti del Direttore del Distretto	14..1	Determine e provvedimenti di liquidazione: n. di determine e provvedimenti di liquidazione pubblicati sul sito aziendale della Trasparenza entro tre giorni lavorativi dall'adozione/n. totale di determine e provvedimenti di liquidazione adottati	4		100%		Distretto n. 34 Carini
15	Trasporto pazienti dializzati	15.1	Autorizzazione al trasporto dei pazienti dializzati: n. autorizzazioni al trasporto dei pazienti dializzati rilasciate entro 2 giorni lavorativi dalla presentazione dell'istanza / n. totale di nuove istanze pervenute	4		>=90%		Distretto n. 34 Carini
16	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	16.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2				documentazione interna
17	Esenzioni per patologia	17.1	Rilascio attestato di esenzione per patologia: n. di attestati di esenzione per patologia rilasciati entro 3 giorni lavorativi /n. totale di richieste pervenute	3		>=90%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2				documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	3/3 1) 38/38 2) 38/38 3) 38/38 100%	>=90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	24/24 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	3.945/24=164	>120 (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	5	SI	SI (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
		7.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		U.O. Aziendale Screening Oncologici
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	31	SI (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	D.M. 130/138 Scomp.Card.75/86 BPCO 87/90 92,5%	>=80%		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA 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	D.M. 468/498 Scomp.Card.37/41 92%	>=90%		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		Dati rilevati dall' UO. Socio-S. e Riabilitazione
		11.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	41/41 100%	100%		Dati rilevati dall' UO. Socio-S. e Riabilitazione
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		Piattaforma informatizzata
13	Realizzare un percorso integrato tra i reparti del P.O. di Petralia , l'area emergenziale e l' U.O.S.-S. e Riabilitativa attraverso il raccordo del personale PUA territoriale e ospedaliero	13.1	Azzeramento al 100% delle dimissioni non protette garantendo continuità assistenziale senza soluzione di continuità nelle cure	2		100%		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
14	Ottimizzare i trattamenti riabilitativi, sanitari e sociali sia in ambito residenziale che domiciliare per i soggetti fragili individuati, migliorando il quadro valutativo individuale	14.1	N. schede somministrate (scheda sulla fragilità di Fried del 2004 – Caroline Fraily index di Fey) sui 100 pazienti del campione	3		100%		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
15	Prevenzione delle polmoniti ab ingestis e sue complicanze conseguenti a "disfagia" in soggetti ISTITUZIONALIZZATI	15.1	N. visite logopediche /N,pazienti istituzionalizzati	3		100%		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
16	Attivare percorsi riabilitativi da integrare con il trattamento fisioterapico per migliorare la Q.d.V. dei pz., mantenerne l'autosufficienza e sviluppare le loro competenze socio-relazionali	16.1	Istituire laboratori di lettura assistita, lavori creativi (disegno, ecc.), garden therapy	2		SI (allegare relazione)		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
17	Migliorare la qualità dell'accoglienza dei visitatori/ospiti in RSA	17.1	Allestimento saletta che risponde ai criteri di privacy, Realizzare un opuscolo sui servizi erogati dalla struttura, Predisporre una cassetta per la raccolta di comunicazioni anonime ad uso degli utenti e dei pazienti, Elaborare un questionario di gradimento e predisporre uno spazio per l'autosomministrazione anonima dello stesso.	2		SI (allegare relazione)		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
18	Gestione salme positive al COVID 19	18.1	1) presa visione della documentazione attestante la positività della salma; 2) verifica isolamento della salma; 3) trasmissione documentazione UOC medicina legale per implementazione sito ministeriale.	3		SI (allegare relazione)		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
19	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	19.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
20	Realizzazione screening scolastici (Visivo, odontoiatrico, auxologico, ortopedico) presso gli Istituti Comprensivi ricadenti nel Distretto35	20.1	N. classi target screenate/ totale classi target degli Istituti Comprensivi del Distretto 35	3		100%		Dati rilevati dalla Direzione S. del P.O. e dall'U.O. S-S e Riabilitazione
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>			

Distretto Sanitario n.36 Misilmeri (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Rendiconto annuale Sistema C4H
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	3/3 1) 55/55 2) 55/55 3) 55/55 100%	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Registro delle prestazioni specialistiche effettuate sottoscritte dallo specialista di competenza
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	29/36 80,5%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati forniti da U.O.Specialistica ambulatoriale interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	> 120	>120 (allegare relazione)		Dati forniti da U.O.Specialistica ambulatoriale interna
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	5	Si	SI (allegare relazione)		Dati forniti da U.O.Specialistica ambulatoriale interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		Dati forniti da U.O.Specialistica ambulatoriale interna
		7.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	Si	SI (allegare relazione)		Dati forniti da U.O.Specialistica ambulatoriale interna

8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		U.O. Aziendale Screening Oncologici
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	56/56 100%	SI (allegare relazione)		Dati rilevati dall'U.O. Cure primarie e Spec. Amb. Interna ed esterna
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	D.M. 256/256 Scomp.Card. 139/139 BPCO 19/19 100%	>=80%		U.O. Specialistica Ambulatoriale Interna
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA 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	320/337 95%	>=90%		U.O. Specialistica Ambulatoriale Interna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		Determine del Direttore del Distretto
		11.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	8	100%	100%		Determine del Direttore del Distretto
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	6/6 1)283/283 2) 283/283 3) 283/283 100%	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	29/30 97%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	>120	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	8	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	no giustificato	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria

9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	6	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	8	D.M. 41/41 BPCO 87/87 Scm.Car. 14/14 100%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	55/55 100%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		11.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Gestione salme positive al COVID 19	14.1	1) presa visione della documentazione attestante la positività della salma; 2) verifica isolamento della salma; 3) trasmissione documentazione UOC medicina legale per implementazione sito ministeriale.	5		100%		Medicina Legale distrettuale
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				



Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	6/6 100% 1)156/156 2)156/156 3)156/156	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	30/30 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	14322/30=477	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	Si	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	Si	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	Si	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Socio Sanitaria
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	8	39 causa covid	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	8	90%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	680/680 100%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		11.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Emergenza Covid. 19	14.1	Effettuazione Tamponi Antigenici e Molecolari di arruolate e richiesti numero tamponi richiesti su numero tamponi effettuali	5		100%		documentazione interna
		14.2	Numero di visite domiciliari ricatee ed effettuate con prescrizione antivirale	5		100%		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 217/217 2) 217/217 3) 213/217 99,38%	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	41/42 97,62%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	18.812/42=448	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	8	168	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10	D.M. 82/82 Sc.Card.25/25 BPCO 96/96 100%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA 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. 30/30 Sc.Card. 19/19 100%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna	
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale	
		11.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna	
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata	
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna	
14	Gestione salme positive al COVID 19	14.1	1) presa visione della documentazione attestante la positività della salma; 2) verifica isolamento della salma; 3) trasmissione documentazione UOC medicina legale per implementazione sito ministeriale.	8		100%		Medicina Legale distrettuale	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>					

Distretto Sanitario n. 40 Corleone (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORNITORE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	5/5 1) 127/127 2) 127/127 3) 126/126 100%	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	10	32/34 94%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	8	16124/32=503	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280	7.1	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	10	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna

8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	28 causa covid	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	8	469/469 100%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati 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	683/723 94,47%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
11	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	11.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione report)		Piattaforma informatizzata
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	8	1/1 1) 32/32 2) 149/149 3) 124/124 100%	>= 90% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5	73/77 95%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	>120	>120 (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		7.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
8	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	8.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Socio Sanitaria
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	67	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	8	53/53 100%	>=80%		dati elaborati internamente dalla UOC

11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	11.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	241/241 100%	>=90%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		11.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		11.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
11	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	11.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				



Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FOONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione distretto
2	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (assegnato dal RPC con nota prot. 01/Prev. Corr. del 03/01/2023 )	2.1	Attività di coordinamento di prevenzione della corruzione con quelle di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo	2		SI (Allegare relazione)		documentazione distretto
3	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	3.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione distretto
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		Sistema C4H
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	4	24/24 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	4	15707/24=654	>120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
6	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	7	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		6.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	3	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale
		6.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
7	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	7.1	Attuazione degli interventi previsti per gli screening dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
8	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	8.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	185	SI (allegare relazione)		UOC CURE PRIMARIE
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5	215/215 100%	>=80%		Dati da Ambulatorio infermieristico PTA [Casa della Comunità]
		10.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5	185/185 100%	>=90%		Dati da Registro Cronici

10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	10.2	Applicazione della procedura 2019 per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali secondo gli indicatori di monitoraggio della stessa	5	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		10.3	Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5	100%	100%		Dati da Uff. Disabili gravissimi
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI (allegare relazione repot)		Piattaforma informatizzata
12	Definizione attività UCA in ambito Covid 19, nelle more dell'implementazione e sviluppo attività prevista dal DM 77/2023 (Standard strutturali ed organizzativi dell'assistenza territoriale)	12.1	N. vaccinazioni domiciliari anti-covid 19 effettuate entro 5 gg. dalla prenotazione / N. prenotazioni nel periodo	8		≥ 70%		Dati da data base covid
13	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	13.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
14	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	14.1	UOC PTA "Biondo"	3	100%	100%	100%	
		14.2	UOC PTA "Casa del Sole"	3	100%	100%	100%	
		14.3	UOC PTA "E. Albanese"	3	100%	100%	100%	
		14.4	UOC PTA "Guadagna"	3	100%	100%	100%	
		14.5	UOC PTA "Centro"	3	100%	100%	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OF DATA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione PTA
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 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 1) 318/318 2) 267/267 3) 299/301 99,33%	>= 80% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati da sistema gestionale specialisti
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	46/46 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati da UOC Specialistica interna/esterna e dati da PTA [Casa della Comunità]
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	16252/46 353	>120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	630/630 100%	>=80%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
7	Riorganizzazione e ri-avvio delle attività ambulatoriali specialistiche dopo la fine dello stato di emergenza covid 19	7.1	N. prestazioni prenotate / N. dei pazienti che accedono al servizio CUP (richieste al CUP) Questo indicatore vuole evidenziare il lavoro di riavvio delle attività ambulatoriali con la percentuale di soddisfazione della domanda di prestazioni specialistiche che durante l'emergenza covid aveva subito un arresto.	10		≥ 75%		Dati sistema Hero - Coordi. CUP - operatori CUP
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OF DATA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione PTA
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	2/2 100% 1) 135/135 2) 135/135 3) 130/135 98,77%	>= 80% ( allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati da sistema gestionale specialisti
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	20/20 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati da UOC Specialistica interna/esterna e dati da PTA [Casa della Comunità]
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	12882/20 =644	>120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	non attivo	>=80%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
7	Riorganizzazione e ri-avvio delle attività ambulatoriali specialistiche dopo la fine dello stato di emergenza covid 19	7.1	N. prestazioni prenotate / N. dei pazienti che accedono al servizio CUP (richieste al CUP) Questo indicatore vuole evidenziare il lavoro di riavvio delle attività ambulatoriali con la percentuale di soddisfazione della domanda di prestazioni specialistiche che durante l'emergenza covid aveva subito un arresto.	10		≥ 75%		Dati sistema Hero - Coordi. CUP - operatori CUP
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione PTA
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc $\geq$ 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	2/4 1) 148/148 2) 148/148 3) 148/148 100%	$\geq$ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati da sistema gestionale specialisti
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	38/39 97%	$\geq$ valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati da UOC Specialistica interna/esterna e dati da PTA [Casa della Comunità]
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	699	$>$ 120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	406/507 80%	$\geq$ 80%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
7	Riorganizzazione e ri-avvio delle attività ambulatoriali specialistiche dopo la fine dello stato di emergenza covid 19	7.1	N. prestazioni prenotate / N. dei pazienti che accedono al servizio CUP (richieste al CUP) Questo indicatore vuole evidenziare il lavoro di riavvio delle attività ambulatoriali con la percentuale di soddisfazione della domanda di prestazioni specialistiche che durante l'emergenza covid aveva subito un arresto.	10		$\geq$ 75%		Dati sistema Hero - Coordi. CUP - operatori CUP
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Guadagna"								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FOONTE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione PTA
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	1/1 100% 1) 60/60 2) 60/60 3) 60/60	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati da sistema gestionale specialisti
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	25/25 100%	>= valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati da UOC Specialistica interna/esterna e dati da PTA [Casa della Comunità]
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	18824/25=753	>120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	800/800 100%	>=80%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
7	Riorganizzazione e ri-avvio delle attività ambulatoriali specialistiche dopo la fine dello stato di emergenza covid 19	7.1	N. prestazioni prenotate / N. dei pazienti che accedono al servizio CUP (richieste al CUP) Questo indicatore vuole evidenziare il lavoro di riavvio delle attività ambulatoriali con la percentuale di soddisfazione della domanda di prestazioni specialistiche che durante l'emergenza covid aveva subito un arresto.	10		≥ 75%		Dati sistema Hero - Coordi. CUP - operatori CUP
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Centro"								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione PTA
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione PTA
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc $\geq$ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc $\geq$ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	15	4/4 1) 164/164 2) 164/164 3) 164/16499,33%	$\geq$ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)		Dati da sistema gestionale specialisti
4	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	4.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	15	30/31 96,77%	$\geq$ valore stabilito da UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna (allegare relazione)		Dati da UOC Specialistica interna/esterna e dati da PTA [Casa della Comunità]
		4.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	10	>120	>120 (allegare relazione)		Dati da cruscotto integrato del sistema TS
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.2	Raggiungimento della soglia di garanzia nei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel monitoraggio ex-ante ed ex-post	5	100%	100% del valore obiettivo da valutare secondo le indicazioni del PRGLA		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
		5.3	Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	SI	SI (allegare relazione)		dati rilevati dall'UO Specialistica Ambulatoriale Esterna ed Interna
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	15	$\geq$ 80%	$\geq$ 80%		dati rilevati dall'UO Integrazione Socio Sanitaria
7	Riorganizzazione e ri-avvio delle attività ambulatoriali specialistiche dopo la fine dello stato di emergenza covid 19	7.1	N. prestazioni prenotate / N. dei pazienti che accedono al servizio CUP (richieste al CUP) Questo indicatore vuole evidenziare il lavoro di riavvio delle attività ambulatoriali con la percentuale di soddisfazione della domanda di prestazioni specialistiche che durante l'emergenza covid aveva subito un arresto.	10		$\geq$ 75%		Dati sistema Hero - Coordi. CUP - operatori CUP
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

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

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

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

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEL DATI
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	si nessuna segnalazione	Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)		documentazione interna
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	14/66=21,21% 1270/14=90,14	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5	no causa covid	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
10	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	2/2 100%	>=70%		documentazione interna
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2022 e implementazione entro il 30/09/2022	5	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		11.3	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI	Si (allegare relazione)		documentazione interna
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		Si (allegare relazione)		documentazione interna
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	3	SI	Si		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				



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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5	90%	>=90%		documentazione interna
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5	90%	>=90%		documentazione interna
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	90%	>=90%		documentazione interna
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	5	100%	100%		documentazione interna
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. di soggetti con DM 1 che impiegano la tecnologia dedicata per il loro controllo glicemico sottoposti a recall / n. di soggetti con DM 1 che impiegano la tecnologia dedicata per il controllo glicemico.	5		>=60%		documentazione interna
		6.2	n. di soggetti diabetici post Covid sottoposti ad almeno 2 valutazioni annuali / n. di soggetti diabetici che entrano nel PDTA post Covid	4		>=60%		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	4	13,76	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna
		7.2	UOS Lungodegenti POCorleone: Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	4	23,50	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e privata</i>	4	91%	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per la presa in carico dei pazienti nel post Covid e per il long Covid o Covid cronico. Le UUOCCC di area medica coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2023 e implementazione entro il 30/11/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si		documentazione interna
9	Miglioramento oragnizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	40%	>=25%		documentazione interna
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	1,26	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4	1,5	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	4	100%	100 %		documentazione interna
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	60%	>=50%		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	15/15 100% giugno-dicembre	>=90%		documentazione interna
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	14/14 100% giugno - dicembre	>=90%		documentazione interna
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	giustificato	100%		documentazione interna
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	10	7,60	DM 2022 - 2 gg		documentazione interna
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI giustificato	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI giustificato	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.4	n.di pazienti con scompenso cardiaco ai quali venga dosata BNP all'atto del ricovero e in dimissione	5		100 %		documentazione interna
		6.5	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive	5		SI (allegare relazione)		documentazione interna

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

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

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico  
UOC Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area 1
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	5		100%		documentazione interna
4	Miglioramento dell'empowerment del paziente	4.1	n° di soggetti con DM 1 che impiegano la tecnologia dedicata per il loro controllo glicemico sottoposti a recall/n° di soggetti con DM 1 che impiegano la tecnologia dedicata per il controllo glicemico (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%		documentazione interna
5	Mantenimento dei livelli di attività	5.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	5	0,98	>=95%		documentazione interna
		5.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	5	9,27	<=105%		documentazione interna
		5.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023/ DM 2022	5	6,15	>=95%		documentazione interna
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Presa in carico dei soggetti con diabete mellito (sia di tipo 1 che di tipo 2) valutati all'interno del PDTA dei pazienti post-COVID Prima rendicontazione entro il 30/06/2023 e report finale il 30/11/2023	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per l'utilizzo dei dispositivi di erogazione di insulina (penne) in reparto di degenza di Medicina e Diabetologia Prima rendicontazione entro il 30/06/2023 e report finale il 30/11/2023	5	Sì	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	5	Sì	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		6.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le UU.OO Di Diabetologia e Ginecologia del PO Civico di Partinico per la gestione congiunta del diabete gestazionale. Elaborazione entro il 30/06/2023 ed implementazione entro il 30/09/2023	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.5	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di area medica, di area chirurgica e di emergenza per il triage del piede diabetico e corretto inquadramento secondo intensità di cura nell'80% dei pazienti che accedono in PS o in ambulatorio entro 24h dalla valutazione. Le UUOOC coinvolte saranno coordinate dalla UOSD Malattie endocrine e del metabolismo "Piede Diabetico" e dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 ed implementazione entro il 30/09/2023	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.6	Elaborazione di un percorso aziendale diagnostico-terapeutico assistenziale per la gestione del piede diabetico all'interno della ASP Palermo da parte della UOSD Malattie endocrine e del metabolismo "piede Diabetico"	4		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.7	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	4	Sì	Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.8	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	4	Sì	Sì		documentazione interna

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico  
UOC Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	>30%	>=25%		documentazione interna
		7.2	Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi): Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	6,5	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		7.3	Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate: Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4	1,5	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		7.4	Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4	100 %	100 %		documentazione interna
		7.5	Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12: n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	65 %	>=50%		documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	9.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	4.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 47 (Presenza di report periodici circa l'effettiva pratica della prenotazione diretta delle visite e degli esami post-ricovero) Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	15	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
5	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		5.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5	SI	SI (allegare report)		documentazione interna
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (parti cesarei in donne non precesarizzate, colecistectomia laparoscopica)  <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna



N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	SOURCE OFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	SI	SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)		documentazione interna
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS ( totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI 10/10 100% 129	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	101	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
10	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	0/0 100%	>=70%		documentazione interna
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	3	SI	SI		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	33/33 100%	>=90%		documentazione interna
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5	29/33 87,87%	>=90%		documentazione interna
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	5	2/2 100%	>=90%		documentazione interna
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	15/18 83,33%	>=90%		documentazione interna
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	0	100%		documentazione interna
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	59/61 96,72%	>=80%		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022- 1 gg	4	11,73	DM 2022 - 1 gg		documentazione interna
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina Generale	8.1	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	4		>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		8.2	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	4		Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Si		documentazione interna

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	81/405 20%	>=5%		documentazione interna
		9.2	Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi): Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5	1,14/2=0,57	0,8 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate: Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5	65 giustificato	valore 2023 >=10% del valore 2021 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.4	Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	5	418/418 100%	100 %		documentazione interna
		9.5	Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12: n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	62/405 15,30% giustificato	>=10%		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

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

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese  
UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

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

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese  
UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	no per covid	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	NO giustificato	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
10	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	10	0/0 100%	>=70%		documentazione interna
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per la gestione del paziente anziano con fratture di femore. Le UUOCC saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	8		Si (allegare relazione)		documentazione interna
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		Si (allegare relazione)		documentazione interna
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	Si		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	35/37 94%	>=90%		documentazione interna
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5	35/35 100%	>=90%		documentazione interna
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	24/24 100%	>=90%		documentazione interna
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	5	33/33 100%	>=90%		documentazione interna
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	5	106/106 100%	100%		documentazione interna
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	142/142 100%	>=80%		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	UOC Medicina interna PO Termini Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	3		DM 2022 - 2 gg		documentazione interna
		7.2	UOS Lungodegenti PO Termini: Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2gg	3		DM 2022 - 2 gg		documentazione interna
		7.3	Attivazione ricoveri in Day Service UOC Medicina	8		Si (allegare relazione)		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dallo UOC Ospedalità Pubblica e Privata	4	99% v. ospedalità	>=90% (allegare relazione)		documentazione interna
		8.2	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2	Si	Si		documentazione interna
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	2	50/192 26%	>=25%		documentazione interna
		9.2	Garanzia del numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi): Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	2	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate: Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	5	Si	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.4	Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	5	97%	100 %		documentazione interna
		9.5	Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12: n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	135/192 70%	>=50%		documentazione interna
		10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				



Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

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

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana  
UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		documentazione interna
4	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipativa del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	4.1	Soddisfacimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma:  Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 136.3 (Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche:- aggiornata in un periodo antecedente all'osservazione di non più di 36 mesi- contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni- contenente una sezione dedicata agli impegni, con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica- contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	13	Si giustificato	Si (allegare relazione)		documentazione interna
5	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		5.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	10	SI	SI (allegare report)		documentazione interna

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana**  
**UOS Direzione Sanitaria di Presidio**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	6.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
7	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	7.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	SI	SI (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)		documentazione interna
8	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	8.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	SI	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		documentazione interna
10	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	10.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	0/0 100%	>=70%		documentazione interna
11	Miglioramento dell'attività assistenziale	11.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UO/OCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UO/OCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	5	no causa covid	SI (allegare relazione)		documentazione interna
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
13	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	13.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		documentazione interna
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

**Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana  
UOC Medicina generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	101/101 100%	>=90%		documentazione interna
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5	97/101 96%	>=90%		documentazione interna
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	3/3 100%	>=90%		documentazione interna
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	4	66/66 100%	>=90%		documentazione interna
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	4	213/213 100%	100%		documentazione interna
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	4	213/213 100%	>=80%		documentazione interna
7	Mantenimento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	7.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	2	1,13	>=95%		documentazione interna
		7.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	2	7,45	<=105%		documentazione interna
		7.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023 / DM 2022	2	98%	>=95%		documentazione interna

**Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana  
UOC Medicina generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
8	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina interna	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	no per Covid	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno.  <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	4	Si	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	no	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2	Si	Si		documentazione interna
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i>  Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	85/366 23%	>=25%		documentazione interna
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i>  Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	2	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i>  Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3	69/366 1,8	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i>  Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	4	100 %	100 %		documentazione interna
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i>  n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	67/366 18%	>=50%		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Presidi Ospedalieri

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1		stema informatico
4	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive. Geriatria, medicina interna e lungodegenza	4.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza (il raggiungimento dell'Obiettivo sarà ribaltato su tutte le UU.OO. coinvolte)	15		>90% (allegare relazione e audit trimestrale )		Referti di esami Microbilogici/gestionale ricoveri HERO
5	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione 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)	5.1	Soddisfaccimento dei seguenti item previsti dalla check list del programma: Item n. 47 (Presenza di report periodici circa l'effettiva pratica della prenotazione diretta delle visite e degli esami post-ricovero) Item n. 132 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, su comunicazione clinica e/o relazione di aiuto per medici e infermieri) Item n. 142 (Partecipazione a corso aziendale, se organizzato, di formazione/aggiornamento per il personale di front-office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti)	10	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
6	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	6.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	10	Si	Si (allegare relazione)		dati desunti dalla documentazione all'one agli atti del Presidio
		6.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	10	Si	Si (allegare relazione)		dati desunti dalla documentazione all'one agli atti dei Presidio
		6.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5	Si	Si (allegare report)		Gestionale ricoveri HERO/Sistema BI

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020 - Obiettivo 2): Monitoraggio e Audit	7.1	Partecipazione agli audit, coordinati dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata, con gli attori coinvolti sui risultati critici degli indicatori relativi agli esiti (intervento di frattura di femore, parti cesarei in donne non precesarizzate, PTCA in pazienti con IMA STEMI, colecistectomia laparoscopica) <i>N.B: la Direzione Medica di Presidio comunica mensilmente agli attori coinvolti il valore degli indicatori come calcolato sul sistema BI</i>	10	Si	Si (allegare relazione)		Sistema BI
8	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	8.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5	non è stata richiesta attivazione	Si (allegare relazione) (l'obiettivo sarà valutato se emanate indicazioni da parte Assessorato salute, altrimenti verrà stralciato)		documentazione interna
9	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	9.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	5	46/105=43,8% 6.079/46=132,15	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		Cruscotto sistema IS
10	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	10.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	5	202	Si (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		N. Consensi cartacei raccolti
11	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	11.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbilli, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	0/0 100%	>=70%		sorveglianza SanitariaDedalus HERO
12	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	12.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		documentazione interna
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				



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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive. Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza	3		>90%		Laboratorio analisi direzione medica di presidio
4	Obiettivi qualità e sicurezza del paziente	4.1	Valutazione multidimensionale ed Indice prognosticomultidimensionale da effettuare su tutti i pazienti ricoverati all'ingresso ed alla dimissione per migliorare la qualità dell'assistenza. Indicatore: N pazienti sottoposti Valutazione multidimensionale/N pazienti ricoverati	4				
		4.2	In ottemperanza al D.A. n. 1004/2016 per la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBSI) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (targeting zero) nelle strutture del SSR. N' pazienti con impianto di Midline/PICC documentato da scheda di impianto/N' pazienti con impianto Midline/PICC	4				
4	Screening per neoplasia polmonare secondo linee guida - follow-up dei pazienti ricoverati per cap (polmonite acquisita in comunità, e fattori di rischio fascia di età 50-80 anni fumatore attivo o ex fumatore da meno di 1s anni indicazione alla immissione a consigliare screening per neoplasia polmonare (ra riportare nella relazione di ommissione) con esecuzione tc polmonare con mdc ad almeno 8 settimane dalla data di dimissione ed eventuale visita pneumologica/interistica	4.1	N. di pazienti con indicazione a follow.up in lettera di immissione/N. di pazienti eleggibili	4		>90%		Sistema HERO
5	Miglioramento organizzativo degenza dimissioni dai reparti di degenza entro le ore 12:00	5.1	N. di dimissioni entro le ore 12:00/ N.di dimissioni	4		>35%		Ospedalità Pubblica
6	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	4	21/21 100%	>=90%		documentazione interna
		6.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	4	21/21 100%	>=90%		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
7	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl. ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	7.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	4	12/12 100%	>=90%		documentazione interna
		7.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	4	20/20 100%	>=90%		documentazione interna
8	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	8.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	3	45/45 100%	100%		documentazione interna
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	4	59/61 96,7%	>=80%		documentazione interna
10	Miglioramento dei livelli di attività per la UOC Medicina interna	10.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 1 gg	4	13 causa covid	DM 2022 -1 gg		documentazione interna
11	Miglioramento dell'attività assistenziale per la UOC Medicina Generale	11.1	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4	SI	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		11.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		11.3	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	4	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		11.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	4	SI	SI		documentazione interna
12	Miglioramento organizzativo degenza	12.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	90/444 =20,27%	>=20%		documentazione interna
		12.2	<i>Garanzia di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (il calcolo del numero preordinato del pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	1,30/2 =0,65 giustificato	>=0,8 (allegare relazione)		documentazione interna
		12.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4	152	valore 2023>= 10% valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		12.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4	475/475 100%	100 %		documentazione interna
		12.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	108/444 =24,32%	>=30%		documentazione interna
13	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	13.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	14.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA e SCA (sindrome coronarica acuta) per i quali, sulla base del rischio emorragico, si forniscono indicazioni nella relazione di dimissione del tipo e dei tempi di terapia antiaggregante e anticoagulante / N. pazienti con FA e SCA dimessi	10	87/87 100%	>=90%		documentazione interna
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	90/90 100%	100%		documentazione interna
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	5.1	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	10	119/126 94,44%	>=91,8% (fra 80% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (scompenso cardiaco) (vedi "allegato empowerment")	10	100/100 100%	>=80%		documentazione interna
7	Miglioramento dei livelli di attività	7.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 1 gg	7	6,20	DM 2022 - 1 gg		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
8	Miglioramento dell'attività assistenziale	8.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4	Si	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		8.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		8.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2	Si	Si		documentazione interna
9	Miglioramento organizzativo degenza	9.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3	235/1078 21,79%	>=25%		documentazione interna
		9.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	1,9/2=0,95	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3	36/1078 3,3%	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		9.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	3	100%	100 %		documentazione interna
		9.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	537/1078 49,8%	>=50%		documentazione interna
10	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	10.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
11	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	11.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	Fonte UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020: Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive. Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza	4		>90%		Laboratorio analisi direzione medica di presidio
4	Obiettivi qualità e sicurezza del paziente	4.1	Valutazione multidimensionale ed Indice prognosticomicomultidimensionale da effettuare su tutti i pazienti ricoverati all'ingresso ed alla dimissione per migliorare la qualità dell'assistenza. Indicatore: N pazienti sottoposti Valutazione multidimensionale/N pazienti ricoverati	4		>90%		documentazione interna
		4.2	In ottemperanza al D.A. n. 1004/2016 per la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBS) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (targeting zero) nelle strutture del SSR. N' pazienti con impianto di Midline/PICC documentato da scheda di impianto/N' pazienti con impianto Midline/PICC	4		>90%		documentazione interna
5	Screening per neoplasia polmonare secondo linee guida. Follow-up dei pazienti ricoverati per cap (polmonite acquisita in comunità) e fattori di rischio Fascia dieta' 50-80 anni fumatore attivo o ex fumatore da meno di 15 anni: indicazione alla dimissione a consigliare screening per neoplasia polmonare (da riportare nella relazione di dimissione) con esecuzione TC polmonare con mdc ad almeno 8 settimane dalla data dimissione ed eventuale visita pneumologica/internistica.	5.1	N. pazienti con indicazione a follow-up in lettera di dimissione/N. di pazienti eleggibili	5		>90%		documentazione interna
6	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5	87/87 100%	>=90%		documentazione interna
		6.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5	90/90 100%	>=90%		documentazione interna
7	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	7.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	5	119/126 94,44%	100%		documentazione interna
8	Miglioramento dell'empowerment del paziente	8.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5	100/100 100%	>=80%		documentazione interna
9	Mantenimento dei livelli di attività	9.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	5	6,20	>=95%		documentazione interna
		9.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	5	11,02 dato 2020	<=105%		documentazione interna
		9.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023/ DM 2022	5	81,29% dato 2020	>=95%		documentazione interna

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FORTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
10	Miglioramento dell'attività assistenziale	10.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	3	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		10.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	3	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		10.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	3	Si	>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		10.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	2	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		10.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2	235/1078 21,79%	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		10.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2	1,9/2=0,95	Si		documentazione interna
11	Miglioramento organizzativo degenza	11.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3	36/1078 3,3%	>=25%		documentazione interna
		11.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	100%	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		11.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3	537/1078 49,8%	valore 2021 >= 1,2 x valore 2020 (allegare relazione)		documentazione interna
		11.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	3	531/531 100%	100 %		documentazione interna
		11.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	190/531 35,7%	>=50%		documentazione interna
12	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	12.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	13.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Circolare ministero della salute n. 1479 del 17.10.2020. Sottoporre a screening specifico. Tramite tampone rettale, tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio: riabilitazione intensiva, terapie intensive. Geriatria, medicina interna e lungodegenza	3.1	N. pazienti sottoposti a tampone rettale/n pazienti a rischio ricoverati presso i reparti di riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna e lungodegenza	4			>90%	Laboratorio analisi direzione medica di presidio
4	Obiettivi qualità e sicurezza del paziente	4.1	Valutazione multidimensionale ed Indice prognostico multidimensionale da effettuare su tutti i pazienti ricoverati all'ingresso ed alla dimissione per migliorare la qualità dell'assistenza. Indicatore: N pazienti sottoposti Valutazione multidimensionale/N pazienti ricoverati	4			>90%	documentazione interna
		4.2	In ottemperanza al D.A. n. 1004/2016 per la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBSI) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (targeting zero) nelle strutture del SSR. N' pazienti con impianto di Midline/PICC documentato da scheda di impianto/N' pazienti con impianto Midline/PICC	4			>90%	documentazione interna
5	Screening per neoplasia polmonare secondo linee guida. Follow-up dei pazienti ricoverati per cap (polmonite acquisita in comunità) e fattori di rischio Fascia dieta' 50-80 anni fumatore attivo o ex fumatore da meno di 15 anni: indicazione alla dimissione a consigliare screening per neoplasia polmonare (da riportare nella relazione di dimissione) con esecuzione TC polmonare con mdc ad almeno 8 settimane dalla data dimissione ed eventuale visita pneumologica/interistica.	5.1	N. pazienti con indicazione a follow-up in lettera di dimissione/N. di pazienti eleggibili	5			>90%	documentazione interna
6	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5		>=90%		documentazione interna
		6.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	5		>=90%		documentazione interna
7	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	7.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	5		100%		documentazione interna
8	Miglioramento dell'empowerment del paziente	8.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%		documentazione interna
9	Mantenimento dei livelli di attività	9.1	Peso Medio (PM): PM 2023 / PM 2022	5		>=95%		documentazione interna
		9.2	Degenza Media (DM): DM 2023 / DM 2022	5		<=105%		documentazione interna
		9.3	Tasso Occupazione (TO): DM 2023 / DM 2022	5		>=95%		documentazione interna

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
10	Miglioramento dell'attività assistenziale	10.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	3		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		10.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	3		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		10.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno.  <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	3		>90% (allegare relazione)		documentazione interna
		10.4	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		10.5	Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
		10.6	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	2		SI		documentazione interna
11	Miglioramento organizzativo degenza	11.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3		>=25%		documentazione interna
		11.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3		>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		11.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3		valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		11.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	3		100 %		documentazione interna
		11.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3		>=50%		documentazione interna
12	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	12.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	13.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		SI (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				



Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOSD Screening colon retto								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Estensione screening tumore del colon retto	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	25	177.926/177.926 100%	100%		Survey GISCoR
4	Adesione screening tumore del colon retto	4.1	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5	41.030/182.174 23%	>=50%		Survey GISCoR
		4.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati INCREMENTO ANNUALE	5		>=3% 2022		Survey GISCoR
5	Soddisfacimento del debito informativo ministeriale	5.1	Compilazione survey entro 15 giorni dalla scadenza	10	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna in collaborazione con la UOC Centro Gestionale Screening
6	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per lo screening del tumore del colon retto	6.1	Aggiornamento del PDTA	5	Si	Si (allegare documento)		documentazione interna
7	Aumento tasso di individuazione di adenomi durante colonscopia nell'ambito del programma di screening del tumore del colon retto (adenoma detection rate)	7.1	N°colonscopie con almeno un polipo /N° totale colonscopie eseguite dopo SOF test positivo	5	264/881 30%	>20%		documentazione interna
8	Completezza della colonscopia	8.1	N. di colonscopie con raggiungimento del cieco/ N. di colonscopie eseguite	5	863/881 98%	>=90%		documentazione interna
9	Tasso di adesione alla colonscopia	9.1	N. utenti che hanno aderito alla colonscopia / N. utenti con SOF test positivo (N°colonscopie/SOF+)	5	881/1811 49%	>= 85%		documentazione interna
10	Tempistica della colonscopia	10.1	N. utenti con SOF test positivo che eseguono colonscopia entro 60 giorni dall'evidenza del test positivo / N. utenti con SOF test positivo	5	599/881 68%	>= 50%		documentazione interna
11	Miglioramento della soddisfazione dell'utente	11.1	N. questionari di soddisfazione somministrati con valutazione positiva /N. questionari di soddisfazione somministrati	5	Si	>= 95%		documentazione interna in collaborazione con la UOC Centro Gestionale Screening
12	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	12.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		Si (allegare relazione)		documentazione interna
13	Adeguatezza della colonscopia	13.1	N. di colonscopie con pulizia adeguata/ N. di colonscopie eseguite	5	836/881 95%	>=90%		documentazione interna
14	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	14.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
15	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	15.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOS Direzione Sanitaria di Presidio								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023 / Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		documentazione interna e applicativo aziendale
4	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	4.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalle indicazioni della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna	15	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Attuazione interventi di competenza previsti dal Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana - art.29 Decreto Legge 104/2020, approvato con DA n.1103/2020, e dal Piano Operativo Aziendale	15	SI	SI (allegare relazione)		gestionale ricoveri HERO
		4.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	15		SI (allegare report)		gestionale ricoveri HERO
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Raggiungimento dell'obiettivo relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici (secondo le indicazioni della UOC Cure primarie) - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS ( totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) (valore atteso > 120)	15		SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		report semestrali del Referente aziendale
6	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	6.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE secondo le indicazioni della UOC Cure Primarie	10	376	SI (allegare report e relazione) (il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dalla UOC Cure primarie)		sistema informativo FSE
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Produzione dei Flussi Assessoriali, Ministeriali ed Economici nel rispetto delle direttive riguardanti la conformità della normativa vigente - D.A. 30/05/2008 e trasmissione degli stessi alla UOS SIS nel rispetto delle tempistiche indicate nei singoli disciplinari	5	SI	SI		attestazioni delle UU.OO., modulistica da inoltrare al SIS
8	Relazione propedeutica alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti"	8.1	Predisposizione e trasmissione alla UOC Approvvigionamenti della relazione relativa ai propri fabbisogni funzionale alla predisposizione del "Piano dei fabbisogni degli investimenti" come previsto dalla Procedura PAC Area D rispettando le indicazioni contenute nella stessa per la corretta redazione (delibera n.1525 del 04/10/2022)	2		SI (allegare relazione)		documentazione interna
9	Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CRF nelle strutture sanitarie – Attuazione della Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17.01.2020	9.1	Monitorare effettuazione screening su pazienti da ricoverare in ottemperanza alla Circolare Ministero della Salute n.1479 del 17.10.2020, organizzando appositi Audit trimestrali sulla base dei dati di cui al seguente indicatore. Sottoporre a screening specifico tramite tampone rettale tutti i pazienti da ricoverare nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio : riabilitazione intensiva, terapie intensive, geriatria, medicina interna, e lungodegenza. N.Pazienti sottoposti a tampone rettale/ N. Pazienti ricoverati presso i reparti riabilitazione intensiva, terapia intensiva , geriatria, medicina interna e lungodegenza.	8		si (allegare relazione trimestrale)(il raggiungimento dell'obiettivo sarà ribalato sulle UU.OO. coinvolte)		referti di esami microbiologici/gestionale ricoveri HERO (n.tamponi rettali/n.pazienti a rischio ricoverati)
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Unità spinale								
UOC	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti del Centro "Villa delle Ginestre"	3.1	N. cartelle cliniche dei pazienti codice75 con progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. cartelle cliniche codice 75 dei pazienti degenti al 31/12/2023	40		100% (allegare report)		cartelle cliniche degenza
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	30	80/80 100%	100%		cartelle cliniche degenza
6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	N. pazienti a controllo post dimissione codice 28 in reparto, dopo 30 gg. / N. totale pazienti dimessi della Città Metropolitana di Palermo	20	giustificato	90%		cartelle cliniche degenza
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Recupero e riabilitazione funzionale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Valutazione trattamento ambulatoriale	3.1	Aumento rispetto all'anno 2022 N. Pazienti con Morbo di Parkinson in trattamento riabilitativo ambulatoriale al 31/12/2023	45		>20% 2022		cartella clinica ambulatoriale
4	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti ambulatoriali del Centro "Villa delle Ginestre"	4.1	N. pazienti con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. pazienti destinatari di progetto riabilitativo	45	69/69 100%	>=100% (allegare report)		cartella clinica ambulatoriale
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2023/ Importo budget 2023 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1		documentazione interna
4	miglioramento organizzativo degenza	4.1	Aumento degli interventi chirurgici rispetto all'anno 2022	10		> 5 % 2022		documentazione interna
		4.2	dimissione dai reparti di degenza entro le ore 12	10		≥ 50		documentazione interna
		4.3	implementazione /aumento delle dimissioni protette e facilitate	4		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
5	Miglioramento attività assistenziale	5.1	attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	4		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		5.2	elaborazione di procedure condivise tra anestesia e chirurgia finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro le 24 ore dalla richiesta	4		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	7.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	Chirurgia Generale - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone (UOSDIP)	5		100%		scheda uoc
		8.2	Chirurgia Generale - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana (UOSDIP)	5		100%		scheda uoc
		8.3	Urologia - P.O. "Civico" di Partinico (UOSDIP)	5		100%		scheda uoc
		8.4	Chirurgia Generale - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo (UOC)	5		100%		scheda uoc
		8.5	Chirurgia Generale - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC)	5		100%		scheda uoc
		8.6	Chirurgia Generale - P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	5		100%		scheda uoc
		8.7	Otorinolaringoiatria - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC)	5		100%		scheda uoc
		8.8	Ortopedia e traumatologia - P.O. "Cimino" di Termini Imerese (UOC)	5		100%		scheda uoc
		8.9	Ortopedia e traumatologia - P.O. "Civico" di Partinico (UOC)	5		100%		scheda uoc
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOSD Chirurgia generale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	100%	100%		documentazione interna
4	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	12/12 100%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	15	5,19	DM 2022- 0,5 gg		documentazione interna
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</i>	4	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	SI	SI (allegare relazione)		documentazione interna
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	SI	SI		documentazione interna
		7.1	Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	64/218 29,36%	>=25%		documentazione interna

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



Dipartimento Chirurgia - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOSD Chirurgia generale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	attività sospesa	100%		documentazione interna
4	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	20	4/4 100%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	15	6,09	DM 2021 - 0,5 gg		documentazione interna
6	Miglioramento organizzativo	6.1	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5		Sì (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	10		Sì (allegare relazione)		documentazione interna

7	Miglioramento organizzativo degenza	7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	10/28 36%	>=25%		documentazione interna
		7.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	>1	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		7.3	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	4	100%	100 %		documentazione interna
		7.4	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	5	28/28 100%	>=50%		documentazione interna
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico "- Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	9.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Sì (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico UOSD Urologia								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	100%		documentazione interna
4	Miglioramento dell'attività assistenziale	4.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 100% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	15	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		4.2	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche ***day service*** sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno.  <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	15	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna

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

Dipartimento Chirurgia Chirurgia generale - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo								UOC
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	139/72>100%	100%		documentazione interna
4	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	51/57 89,47%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	15	7,02 giustificato	DM 2022 - 2 gg		documentazione interna
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	no giustificato	Si		documentazione interna
		7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	165/591 27,91%	>=25%		documentazione interna
		7.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	5	1,6/1=1,6	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna

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

Dipartimento Chirurgia - UOC Chirurgia generale - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese									
N. OBT	OBV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1		Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2		Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3		Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	30/30 100%	100%		
4		Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	6/7 85,7%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		
5		Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) UOC Chirurgia generale PO Termini: DM 2023 = DM 2022 - 2 gg	15	giustificato	DM 2021 - 2 gg		
6		Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		
			6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		
			6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno.  <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4	Si	Si (allegare relazione)		
			6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	no per covid	Si (allegare relazione)		
			6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	no per covid	Si (allegare relazione)		
			7.1	Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:  Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	22/175 12,5%	>=25%		

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



Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico UOC Chirurgia generale								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTI UFFICIALI DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	no giustificato	100%		documentazione interna
4	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	4.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	15	100%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna
5	Miglioramento dei livelli di attività	5.1	Degenza Media (DM) DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	10	6,14	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna
6	Miglioramento dell'attività assistenziale	6.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		6.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	5	39/154 25,3%	>=25%		documentazione interna

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

Dipartimento Chirurgia - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Otorinolaringoiatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	48/48 100%	100%		portale assessorato
4	Miglioramento dei livelli di attività	4.1	Incremento rispetto al 2022 del 5% attività di day service	10		>=5% N. DAY SERVICE 2022		documentazione interna
		4.2	Incremento rispetto al 2022 del 10% del numero di interventi in regime di ricovero ordinario	10		>=10% N. INTERVENTI IN RIC. ORD. 2022		documentazione interna
5	Miglioramento dell'attività assistenziale	5.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		5.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		5.3	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		5.4	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna ed ospedalità pubblica
		5.5	Rispetto dei tempi di attesa massimi previsti dal legislatore per erogazione prestazioni ambulatoriali per prime visite ORL e per visite ORL di controllo	10		Si (allegare relazione)		documentazione interna ed ospedalità pubblica

6	Miglioramento organizzativo degenza	6.1	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	10	339/339 100%	100 %		documentazione interna
		6.2	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	10	49/49 100%	>=50%		documentazione interna
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Analisi Gestione dei magazzini di reparto, informatizzazione dei movimenti di carico e scarico, svolgimento degli inventari straordinari e monitoraggio della tempistica rotazione delle scorte	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) Realizzazione dell'intervento 2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico" - Resistenza (PNCAR) 2017/2020" ai sensi dei D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	8.1	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali e aziendali in merito all'appropriato utilizzo degli antibiotici. Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4		Si (allegare relazione validata dal Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico)		documentazione interna con validazione del Direttore Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
<b>totale peso</b>				<b>100</b>				

Dipartimento Chirurgia - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Ortopedia e traumatologia								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESEO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	21/21 100%	100%		documentazione interna
4	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	Sì	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)		documentazione interna
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 UO Ortopedia e traumatologia PO Termini / PO Petralia	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	66/87 75,86%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna

6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	UOC Ortopedia e traumatologia Termini Dip Chirurgia Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	5	9,65	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si	Si		documentazione interna
8	Miglioramento organizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i>  Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	4	45/297 15,15%	>=25%		documentazione interna
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i>  Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	4	0,84	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i>  Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	4	159/297 53,53%	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i>  Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita	4	297/297 100%	100 %		documentazione interna
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i>  n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	4	228/240 95%	>=50%		documentazione interna

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

Dipartimento Chirurgia - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia								
N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2021	V.A. 2023	V.R. 2023	FONTE UFFICIALE DI PROVENIENZA DEI DATI
1	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Prevenzione Corruzione allegata	5		100%		documentazione interna
2	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	Raggiungimento degli obiettivi 1 e 2 indicati nella scheda Obiettivi Trasparenza allegata	5		100%		documentazione interna
3	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	3.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	10	45/45 100%	100%		documentazione interna
4	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015) "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)		documentazione interna
5	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 UO Ortopedia e traumatologia PO Partinico / PO Corleone / PO Ingrassia	5.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	100%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)		documentazione interna



6	Miglioramento dei livelli di attività	6.1	UOC Ortopedia e traumatologia PO Partinico: Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	5	8,03	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna
		6.3	UOS Ortopedia e traumatologia PO Ingrassia Degenza Media (DM): DM 2023 = DM 2022 - 0,5 gg	5	6,29	DM 2022 - 0,5 gg		documentazione interna
7	Miglioramento dell'attività assistenziale	7.1	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.2	Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2023 e implementazione entro il 30/09/2023	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.3	Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno. <i>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica e Privata</i>	4	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.4	Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
		7.5	Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.	5	Si	Si (allegare relazione)		documentazione interna
8	Miglioramento organizzativo degenza	8.1	<i>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi:</i> Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni	3	30/140 21,42%	>=25%		documentazione interna
		8.2	<i>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</i> Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti	3	1,30/1=1,30	>= 1 (allegare relazione)		documentazione interna
		8.3	<i>Implementazione/aumento delle dimissioni protette e facilitate:</i> Numero di dimissioni facilitate-protette / numero di dimissioni	3	nessun incremento per covid	valore 2023 >= 1,2 x valore 2022 (allegare relazione)		documentazione interna
		8.4	<i>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</i> Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definitiva	3	140/140 100%	100 %		documentazione interna
		8.5	<i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni	3	74/140 52,85%	>=50%		documentazione interna

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

**Allegato 4 - Le schede di valutazione individuale**

**ALLEGATO 4**

**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
<b>TOTALE*</b>	<b>0,00</b>

\* 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)					

Punteggio area B

0,00

**AREA C** - peso 15/100

<b>Competenze manageriali specifiche</b>					
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>					<b>0,00</b>

**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
<b>TOTALE*</b>	<b>0,00</b>

\* 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
<b>Punteggio area A</b>			<b>0,00</b>

(\*) 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>b.1 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b> 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>b.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA'</b> Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto degli impegni assunti.	1	2	3	4	5
<b>b.3 FLESSIBILITA'</b> 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>b.4 SVILUPPO PROFESSIONALE</b> 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>b.5 RELAZIONI CON I COLLEGHI</b> 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>b.6 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA</b> 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>b.7 CAPACITA' DI INNOVAZIONE</b> 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>b.8 AUTONOMIA E RESPONSABILITA'</b> 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>b.9 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE</b> 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>b.10 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI</b> Indica il grado di conoscenza delle linee strategiche aziendali e di partecipazione alla loro definizione attraverso contributi specifici	1	2	3	4	5
<b>b.11 GESTIONE DELLE RELAZIONI INTERNE AL GRUPPO DI LAVORO</b> Indica il grado di autorevolezza nel determinare un clima relazionale di collaborazione nell'U.O.	1	2	3	4	5
<b>b.12 GESTIONE DEI CONFLITTI</b> 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**

<b>Qualità del contributo alla performance generale della struttura</b>					
<b>c.1 CONTRIBUTO AL CICLO DELLA PERFORMANCE</b> Indica il grado di responsabilità nella programmazione e gestione degli obiettivi annuali assegnati all'Unità Operativa	1	2	3	4	5
<b>c. 2 CONTRIBUTI AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</b> Indica il grado di partecipazione e coordinamento del processo di sviluppo e miglioramento delle attività dell'unità operativa	1	2	3	4	5
<b>c. 3 CONTRIBUTO PROFESSIONALE</b> 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>					<b>0,00</b>

**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
<b>TOTALE*</b>	<b>0</b>

\* 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>b.1 COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI</b> Indica la capacità di svolgere la propria attività con competenza ed efficienza in relazione alla propria qualifica professionale.	1	2	3	4	5
<b>b.2 AUTONOMIA E RESPONSABILITA'</b> 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>b.3 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b> 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>b.4 RELAZIONE CON I COLLEGHI</b> 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>b.5 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA'</b> Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto agli impegni assunti.	1	2	3	4	5
<b>b.6 FLESSIBILITA'</b> Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione o dei compiti .	1	2	3	4	5
<b>b.7 SVILUPPO PROFESSIONALE</b> Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso l'autoformazione e l'aggiornamento.	1	2	3	4	5
<b>b.8 RAPPORTO CON L'UTENZA</b> Indica il grado di cortesia e disponibilità nella risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5

Punteggio area B

**0,00**

"Allegato A"

**AREA C - peso 20/100**

<b>Qualità del contributo alla performance dell'Unità Operativa</b>					
<b>c.1 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</b> Indica il grado di partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento delle attività dell'unità operativa cui è assegnato	1	2	3	4	5
<b>c.2 CONTRIBUTO PROFESSIONALE</b> 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>				<b>0,00</b>	