

REGIONE SICILIANA-AZIENDA PROVINCIALE PALERMO
UFFICIO DELIBERE
17 GIU. 2019
Protocollo n. 2416/105

IMMEDIATAMENTE ESAMINATA

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PALERMO
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n° 00205

del 20 GIU. 2019

OGGETTO: Approvazione ed adozione della Relazione sulla Performance 2018 dell'ASP di Palermo..

STRUTTURA PROPONENTE
UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE - SISTEMA INFORMATIVO E STATISTICO
Proposta n. <u>3</u> del <u>17/06/2019</u>
Quadro Economico Patrimoniale - Bilancio 2019
N. Centro di Costo _____
N° Conto Economico _____
Ordine n° _____ del _____
Tetto spesa/Budget assegnato € _____
Budget già utilizzato/impegnato € _____
Budget presente atto € _____
Disponibilità residua di budget € _____
Budget pluriennale _____
Anno _____ Euro _____
Anno _____ Euro _____
<input checked="" type="checkbox"/> Non comporta ordine di spesa
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (Dr.ssa Sonia Tedesco) <u>[Signature]</u>
IL DIRETTORE DELLA UOC (Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna) <u>[Signature]</u>

DIPARTIMENTO
RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO
ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO Esercizio 2019
N° Conto economico _____
N° Conto Patrimoniale _____
Importo € _____
Budget pluriennale _____
Anno _____ Euro _____
Anno _____ Euro _____
Il Direttore f.f. UOC Bilancio e Programmazione (Dr. Salvatore Bellomo) _____

L'anno duemiladiciannove, il giorno VENTI del mese di GIUGNO, nei locali della Sede Legale di via Giacomo Cusmano n° 24 - Palermo, il Direttore Generale dell'ASP di Palermo Dr.ssa Daniela Faraoni, nominata con D.P. n.191/serv.1/S.G. del 04/04/2019, assistito da DOTT. ANTONINO GAUDIO quale segretario verbalizzante, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata:

**Il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS,
Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna**

VISTA la seguente normativa in materia di misurazione e valutazione della performance:

- ✓ Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- ✓ Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- ✓ Decreto legislativo 1 agosto 2011, n.141: "Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15";
- ✓ Decreto legge 24 giugno 2014, n.90, recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari." Il decreto ha trasferito (vedi art. 19, comma 9) le funzioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in materia di misurazione e valutazione della performance, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, al Dipartimento della funzione pubblica;
- ✓ Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- ✓ Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n.105, che regola le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni;
- ✓ Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124";

VISTO in particolare l'art. 10, comma 1, lettera b) del suddetto D.Lvo n.150/2009 e s.m.i. con cui si dispone che le amministrazioni pubbliche redigano e pubblichino sul sito istituzionale ogni anno, entro il 30 giugno, la RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE, che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'articolo 14 e), che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti;

VISTE le "Linee guida per la Relazione annuale sulla performance" (novembre 2018), redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica ai sensi del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017, e dell'articolo 3, comma 1, del DPR 105/2016, che recepiscono le novità introdotte dal citato Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, e si rivolgono ai ministeri, in ragione delle specifiche caratteristiche che il ciclo della performance assume in tali organizzazioni, fermo restando che gli indirizzi metodologici e le indicazioni di carattere generale sono applicabili anche alle altre amministrazioni dello Stato;

RILEVATO, altresì, che con Decreto Assessoriale n. 01821/11 del 26/09/2011, sono state approvate le Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e valutazione del personale dipendente del S.S.R.;

VISTA la nota circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica del 9 gennaio 2019 n. 80188230587 che, tra l'altro, ribadisce che la Relazione annuale sulla Performance deve essere approvata, validata e pubblicata entro il 30 giugno;

VISTA la deliberazione n.4 del 17/04/2019 con la quale è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASP di Palermo preposto agli specifici adempimenti in materia di valutazione della performance;

VISTI:

- ✓ la deliberazione n.73 del 25/01/2018 con la quale è stato adottato il Piano della Performance per il triennio 2018-2020 dell'ASP di Palermo;
- ✓ la deliberazione n.420 del 19/06/2018 con la quale è stata adottata la Relazione sulla Performance 2017;
- ✓ il Documento di validazione della Relazione sulla Performance 2017 da parte dell'O.I.V. Aziendale, datato 21/06/2018 e pubblicato sul sito internet aziendale;

VISTA la nota n.1227/CSS del 29/05/2019 con la quale il Direttore Generale dispone, tra l'altro, che il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione – SIS presenti la redazione del documento sulla Performance 2018 alla Direzione Generale;

VISTA la nota n.1195 del 16/05/2018, che si allega, con la quale la Dr.ssa Sonia Tedesco è stata nominata responsabile del procedimento relativo al presente atto;

VISTA la Relazione sulla Performance 2018 dell'ASP di Palermo, allegata al presente atto come parte integrante e sostanziale, redatta in conformità alle citate linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica;

DATO ATTO che il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è conforme alla normativa che disciplina la materia trattata ed è, sia nella forma che nella sostanza, totalmente legittimo, veritiero e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L.14 Gennaio 1994 n.20 e s.m.i., e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della L. 6 Novembre 2012 n.190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", nonché nell'osservanza dei contenuti del vigente Piano Aziendale della Prevenzione della Corruzione;

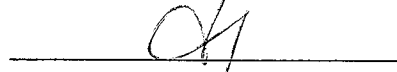
Per le causali di cui in premessa,

PROPONE di:

- 1) **APPROVARE E ADOTTARE** la RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018 DELL'ASP DI PALERMO, allegata al presente atto come parte integrante e sostanziale;
- 2) **DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
- 3) **DARE CARICO** all'U.O. Comunicazione e informazione di pubblicare, ai sensi dell'art.10 comma 8 lettera b) del D.Lgs n.33/2013, sul sito istituzionale in apposita sezione di facile accesso e consultazione denominata "Amministrazione Trasparente" / "Performance", il presente provvedimento completo del relativo allegato;
- 4) **TRASMETTERE** copia della presente deliberazione, con il relativo allegato, all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASP di Palermo per la validazione;
- 5) **DICHIARARE** la presente deliberazione immediatamente esecutiva stante la scadenza del 30 giugno prevista dall'art. 10, comma 1, lettera b) del D.Lvo n.150/2009 per l'adozione, la validazione e la pubblicazione della Relazione sulla Performance.

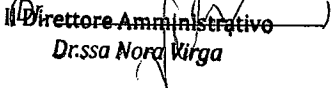
Λ.*****Λ

IL DIRETTORE DELL'UOC
Programmazione Controllo di Gestione - SIS
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)



Sul presente atto viene espresso
parere favorevole dal

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Nora Virga



parere favorevole dal

DIRETTORE SANITARIO
Dr. MAURIZIO MONTABANTO



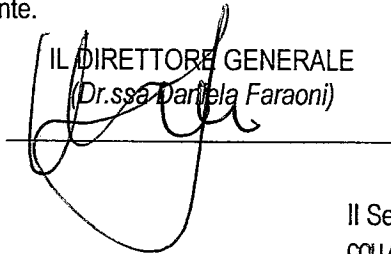
DIRETTORE GENERALE
IL **COMMISSARIO**

Vista la proposta di deliberazione che precede, e che s'intende qui di seguito riportata e trascritta;
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
Ritenuto di condividerne il contenuto,
Assistito dal segretario verbalizzante

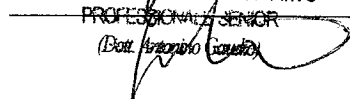
DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr.ssa Daniela Faraoni)



Il Segretario verbalizzante
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONISTA SENIOR
(Dot. Francesco Conzatti)



ATTESTAZIONI

Deliberazione n° 00205 del 20 GIU. 2019

Il Responsabile
dell'Ufficio Deliberazioni
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONALE SENIOR
(Data: 20 giugno 2019)

La presente deliberazione è stata affissa all'Albo il 23 GIU. 2019 L'Addetto _____

è stata ritirata dall'Albo il _____ L'Addetto _____

Si attesta che contro la presente deliberazione non è pervenuto alcun reclamo

Si attesta che contro la presente deliberazione è pervenuto reclamo da:

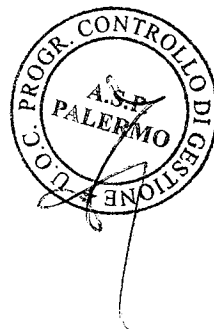
Palermo, _____

Il Responsabile
dell'Ufficio Deliberazioni

Annotazioni: _____

ALLEGATO ALLA DELIBERA
00205 DEL 20 GIU. 2019

Relazione sulla performance 2018



INDICE

1. PRESENTAZIONE	3
2. SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	4
3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	11
3.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO	11
3.1.1. <i>Le dinamiche nazionali e regionali e le ripercussioni interne</i>	11
3.1.2. <i>La Popolazione nel territorio dell'ASP di Palermo</i>	14
3.1.3. <i>Elementi socio-economici ed epidemiologici</i>	18
3.2. L'AMMINISTRAZIONE: CENNI GENERALI SULL'ASP DI PALERMO	20
3.3. LE RISORSE UMANE	27
3.4. LE RISORSE FINANZIARIE	32
3.5. LE ATTIVITÀ DEL CUG	35
3.6. LE ATTIVITÀ DELL'URP	37
4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	38
4.1. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2018-2020	38
4.2. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2018 PER STRUTTURA	38
4.3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA.....	43
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	75
5.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	75
5.2. GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE	78
6. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....	80

ALLEGATO 1 - DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

ALLEGATO 2 - LE SCHEDE DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA PER STRUTTURA CON I RISULTATI

ALLEGATO 3 - LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

1. PRESENTAZIONE

La relazione sulla Performance, prevista dal Decreto Legislativo n.150/09, è lo strumento attraverso il quale l’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo illustra in maniera esemplificativa a tutti gli utenti e gli stakeholder, i principali risultati di gestione conseguiti, le performance delle singole strutture ottenute nell’anno 2018 rispetto ai singoli obiettivi programmati (ed esplicitati sul “Piano della Performance 2018-2020”) e le risorse a disposizione, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

La relazione è disponibile e scaricabile sul sito web istituzionale dell’Azienda, come previsto dalla normativa (Decreto Legislativo n. 33/2013) in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata al primo livello “Amministrazione Trasparente” e al secondo livello “Performance”.

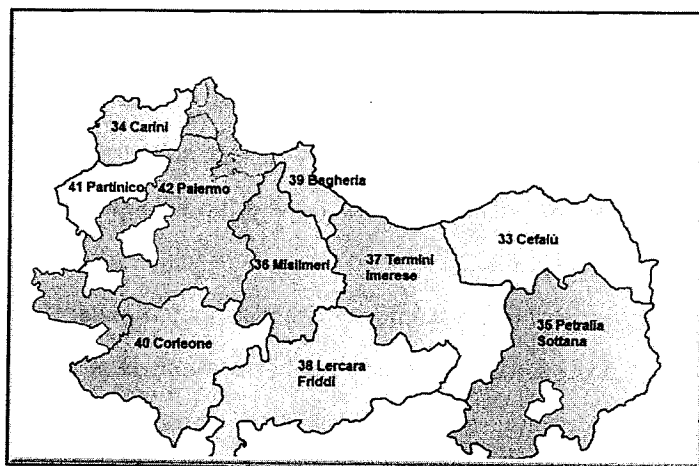
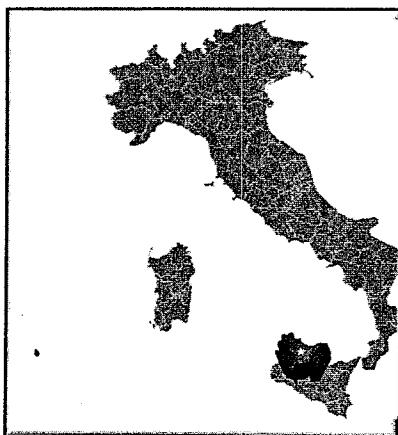
Il percorso delineato dal Decreto Legislativo n. 150/2009 che prevede l’attivazione di un ciclo generale di gestione della performance, al fine di consentire alle amministrazioni pubbliche di organizzare il proprio lavoro in un’ottica di miglioramento della prestazione e dei servizi resi, disegna un sistema nel quale gli attori del servizio sanitario sono impegnati a riaffermare la fiducia del cittadino nell’operato della Pubblica Amministrazione, e assegna alla Relazione sulla Performance la funzione strumentale di rappresentazione a consuntivo dei risultati organizzativi ed individuali raggiunti, rispetto agli obiettivi programmati. Il recente Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 (c.d. "Decreto Performance PA") attribuisce ancora maggior rilievo all’adozione di tale documento, stabilendo in mancanza ulteriori sanzioni.

La presente Relazione sulla Performance è stata redatta in conformità alle recenti “Linee guida per la Relazione annuale sulla performance” (novembre 2018) emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica cui la normativa attribuisce funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance. Sebbene dette linee guida si rivolgano ai ministeri, gli indirizzi metodologici e le indicazioni di carattere generale sono applicabili anche alle altre amministrazioni dello Stato, che vi si adeguano in sede di predisposizione e validazione delle rispettive Relazioni.

Le Linee guida, nell’innovare le modalità di redazione della Relazione sulla Performance, hanno enfatizzato la necessità di privilegiare la sinteticità, la chiarezza espositiva, la comprensibilità (anche facendo ampio ricorso a rappresentazioni grafiche e tabellari dei risultati per favorire una maggiore leggibilità delle informazioni) considerato che il documento è anche uno *strumento di accountability* attraverso il quale l’amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti.

2. SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI


ASP PALERMO:



UTENTI: 1.266.758 residenti nella provincia di Palermo e nelle isole di Lampedusa e Linosa

PERSONALE: 4.876 dipendenti a tempo indeterminato e determinato

RISORSE FINANZIARIE: € 2 MILIARDI circa

OSPEDALI: 6

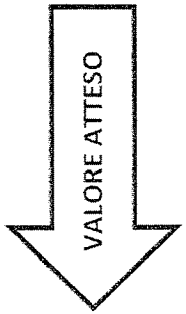
DISTRETTI SANITARI: 10 per l'assistenza territoriale

Alcuni risultati
del 2018

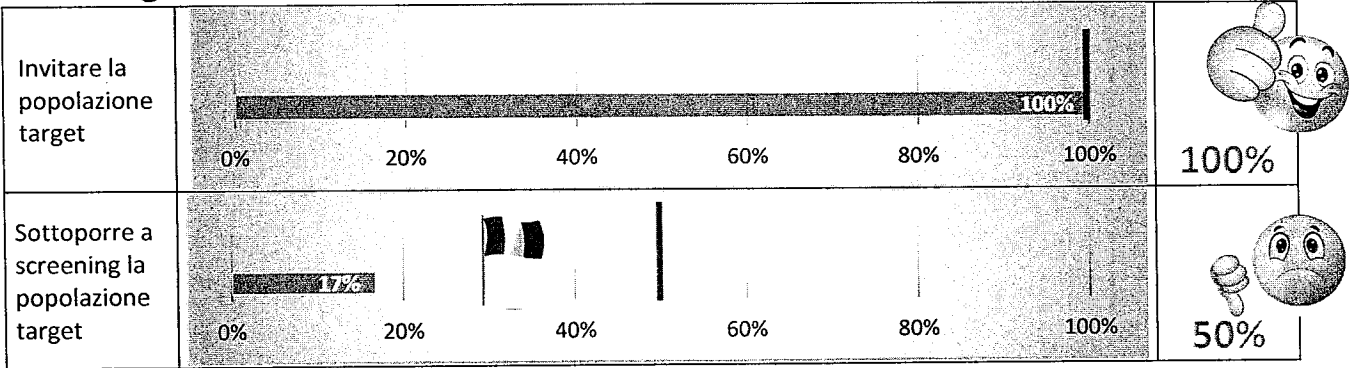
SCREENING ONCOLOGICI
ASP PALERMO



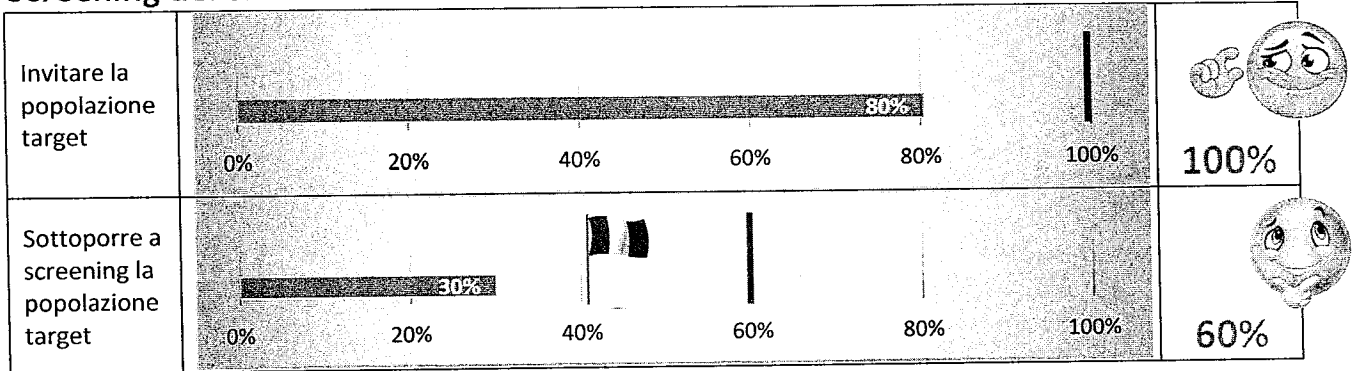
RISULTATO



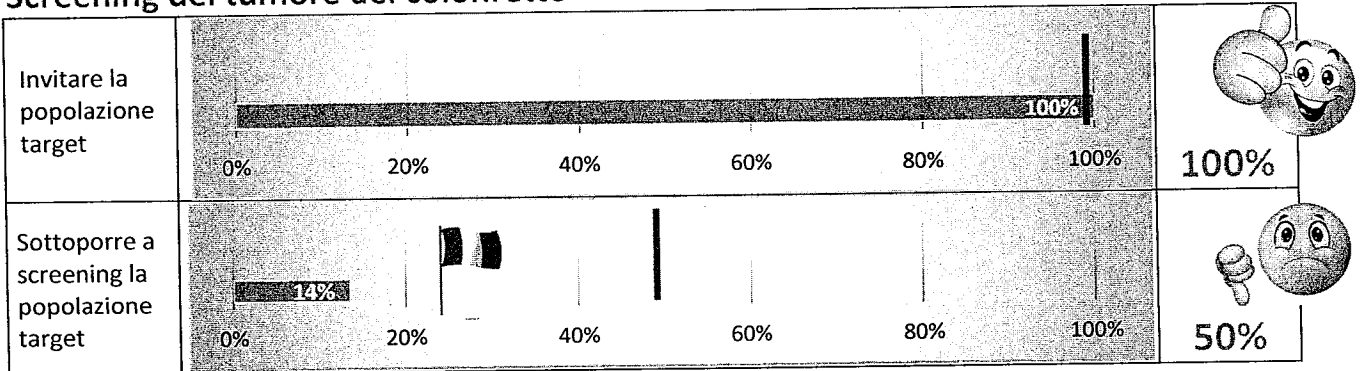
Screening del cervicocarcinoma



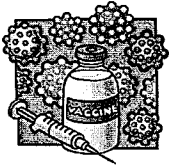
Screening del tumore della mammella



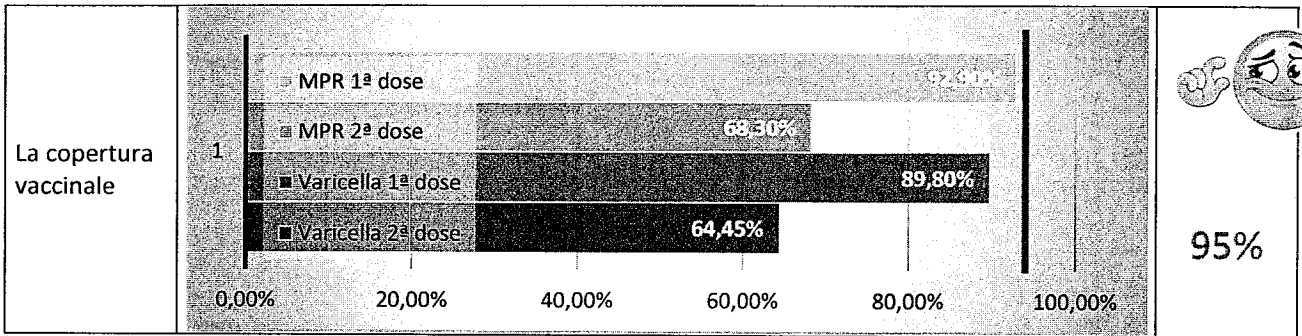
Screening del tumore del colonretto



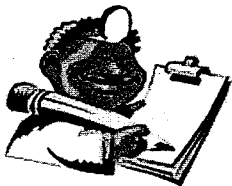
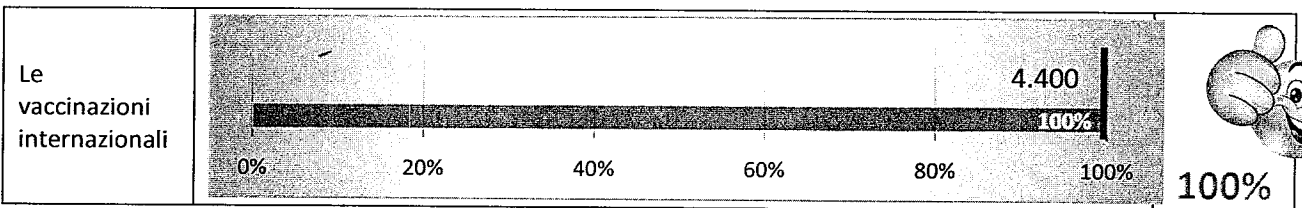
= valore medio Sud Italia



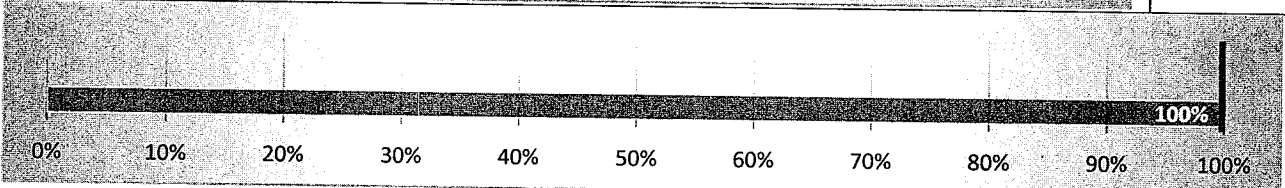
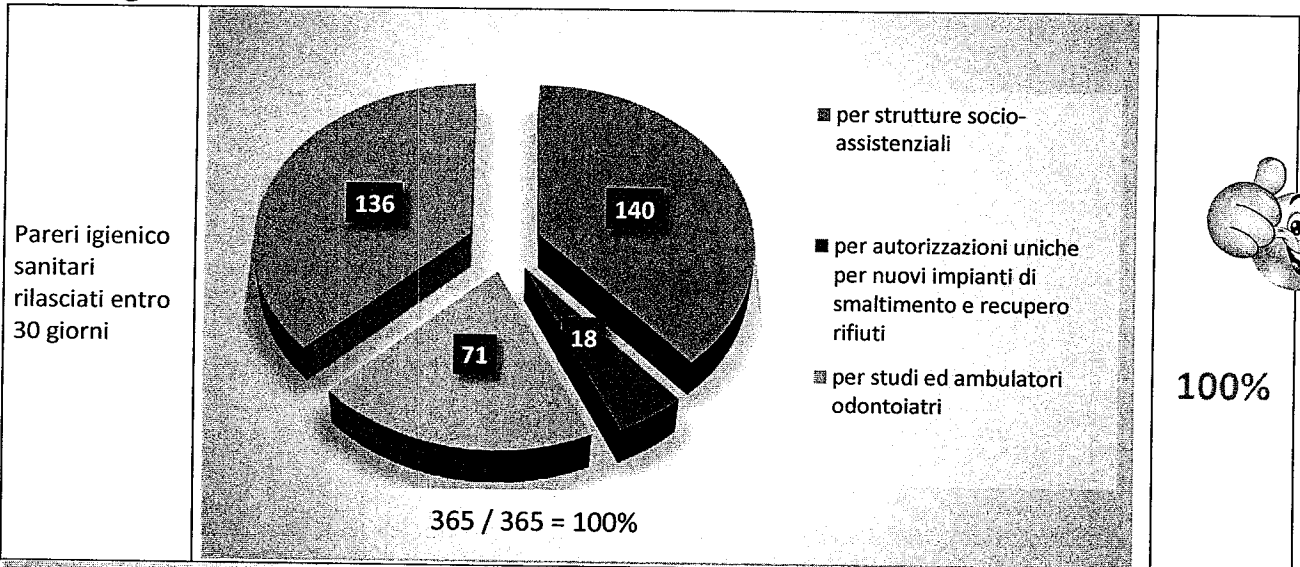
Vaccinazioni

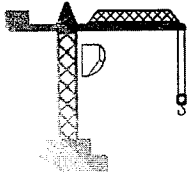
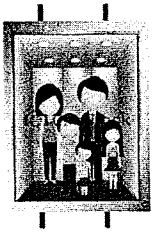


MPR=morbillo-parotite-rosolia

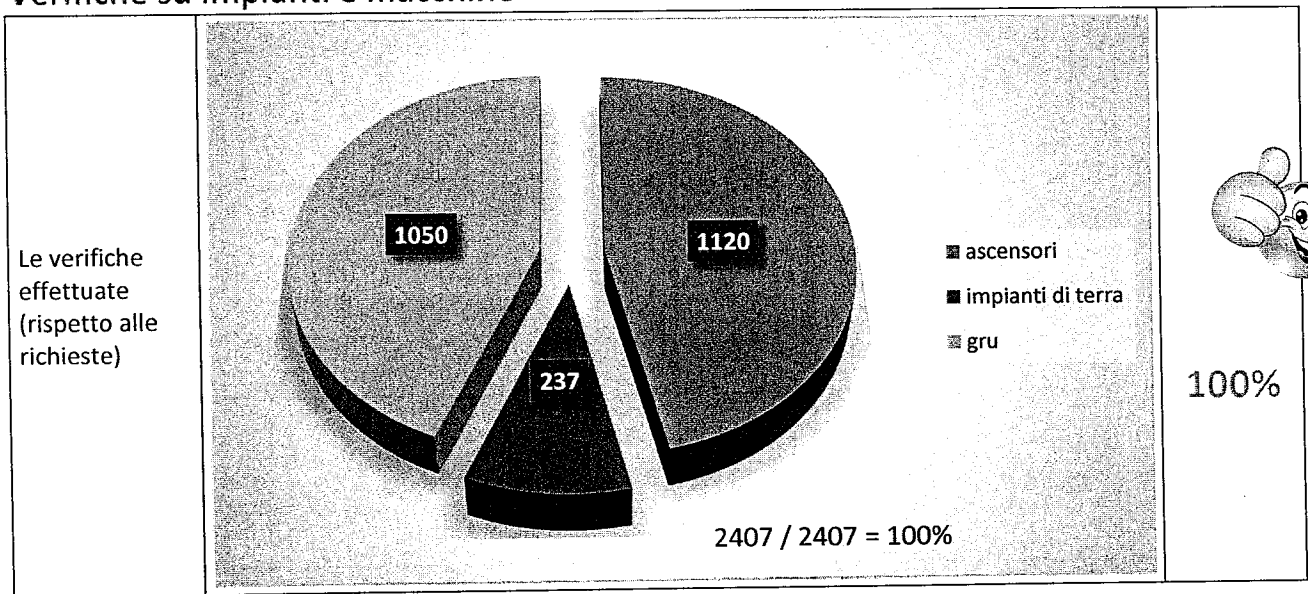


Pareri igienico-sanitari

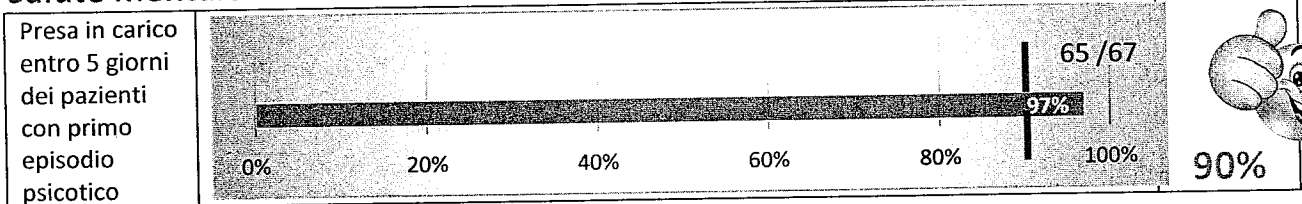


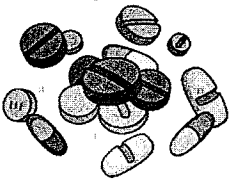
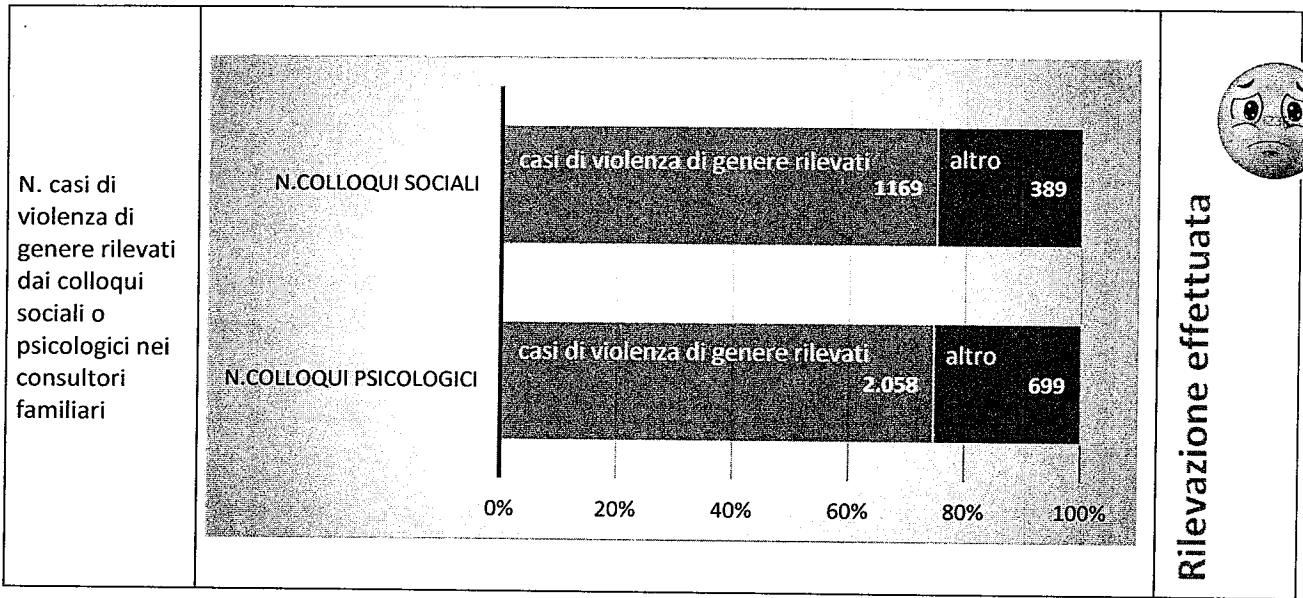


Verifiche su impianti e macchine

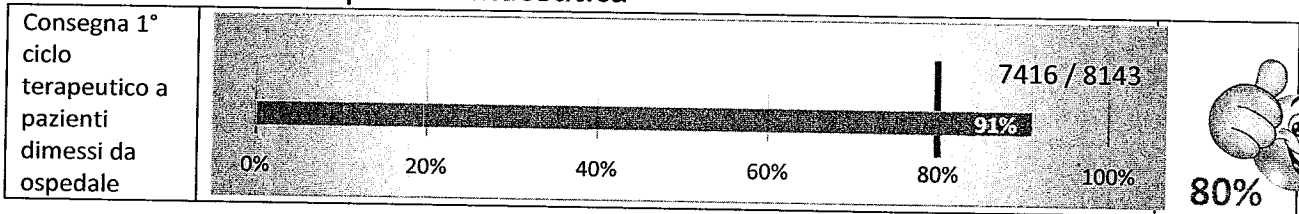


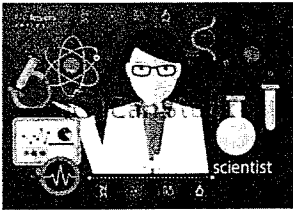
Salute mentale





Contenimento della spesa farmaceutica

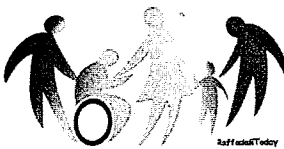
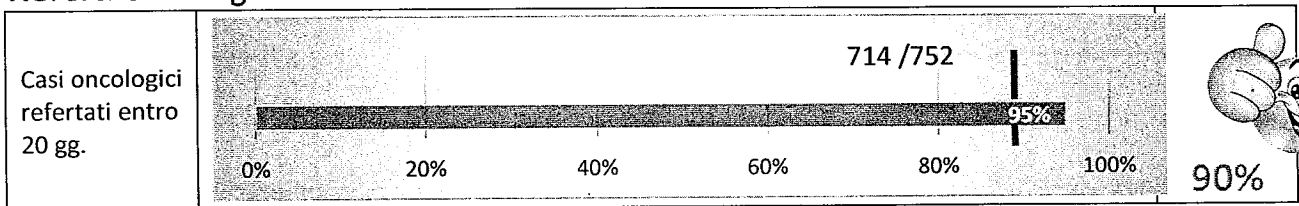




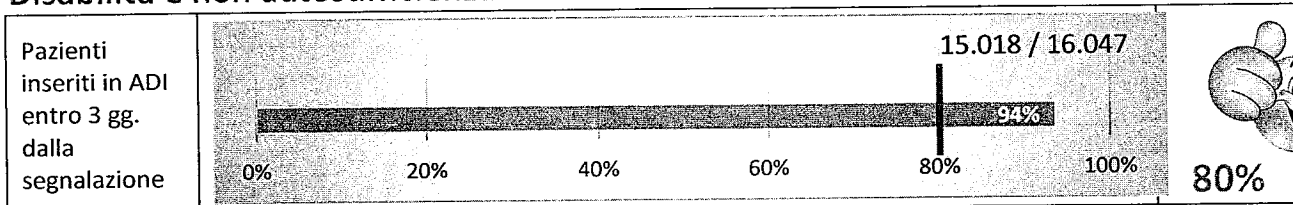
Apertura laboratori di analisi ospedalieri



Referti oncologici



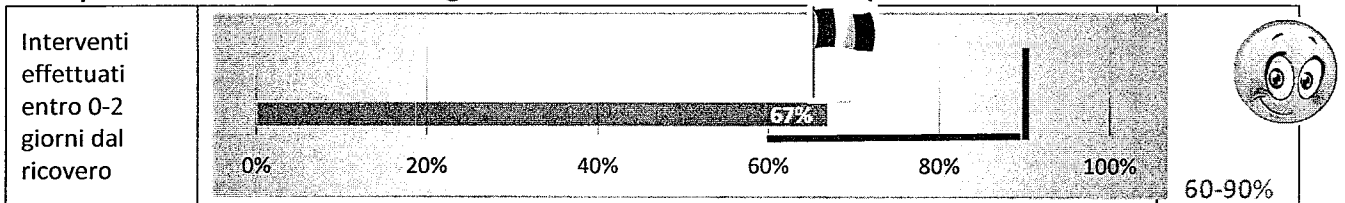
Disabilità e non autosufficienza



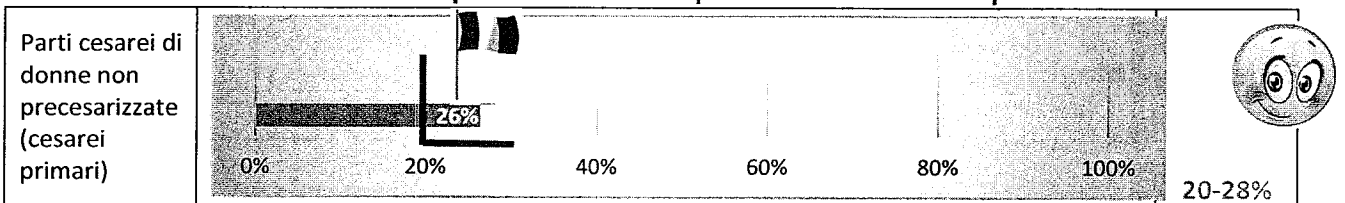
Programma Nazionale Esiti



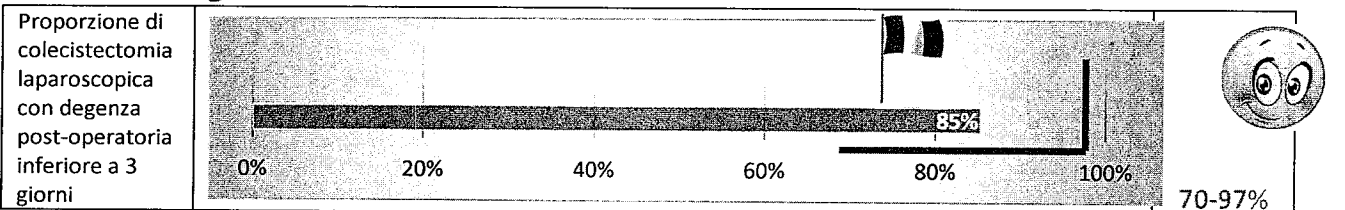
Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65



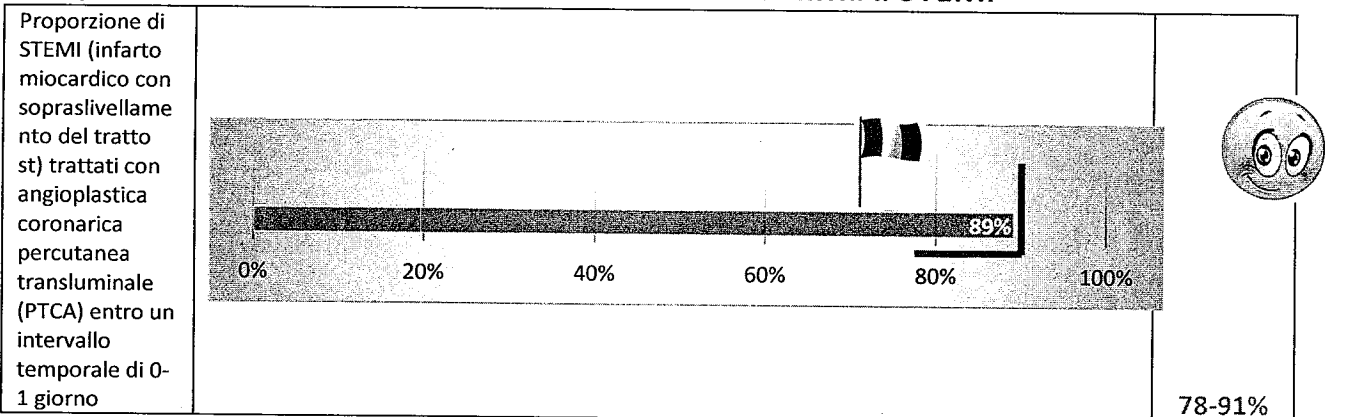
Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate



Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni



Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI



= valore medio Italia 2017

3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

3.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

3.1.1. LE DINAMICHE NAZIONALI E REGIONALI E LE RIPERCUSSIONI INTERNE

Il contesto esterno di riferimento nel settore sanità è stato ben delineato dal Rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) 2017 del quale si riportano di seguito sinteticamente alcune analisi.

Il Rapporto OASI 2017 conferma alcuni trend che possiamo definire ormai stabili e consolidati nell'attuale finestra storica del SSN e del settore sanitario italiano, finestra corrispondente alla fase che inizia con la crisi del 2008 e prosegue fino ad oggi. Il SSN si conferma un sistema «sobrio» e in equilibrio finanziario che, con risorse pressoché stabili, fronteggia bisogni crescenti, soprattutto negli ambiti della cronicità e della non autosufficienza.

Questa tensione tra domanda e offerta risulta particolarmente impattante nel Sud del Paese, dove, peraltro, il contributo della spesa sanitaria privata delle famiglie è molto minore.

I mutamenti istituzionali in molte regioni e le dinamiche in atto nelle aziende ci consegnano un SSN e un settore sanitario in profonda trasformazione.

Rispetto a molte questioni strategiche, la sanità italiana è «in mezzo al guado». Spesso, si tratta di cambiamenti spinti da forze contrastanti e contraddittorie che si stanno contendendo l'arena sanitaria italiana. Non è ancora possibile intravedere l'esito della dialettica di queste forze, che oltre a scontrarsi si influenzano reciprocamente. Molte delle ambiguità strategiche della sanità italiana esprimono dei problemi così critici e profondi che difficilmente riusciranno a emergere nell'agenda politica esplicita o a trovare spazio nell'analisi strutturata dei *policy maker*.

In un confronto internazionale la spesa del SSN risulta molto contenuta, con tassi di crescita modestissimi. Tra 2010 e 2016, la spesa SSN è cresciuta in media dello 0,7% ogni anno in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,1%.

Il SSN ha raggiunto un consolidato equilibrio finanziario, registrando avanzi contabili dal 2012 al 2016, con l'eccezione dell'esercizio 2015, che ha contabilizzato un lieve disavanzo. Tutte le regioni (salvo una, di modeste dimensioni) si trovano in sostanziale equilibrio finanziario una volta contabilizzate le entrate fiscali regionali a copertura della spesa sanitaria. La convergenza inter-regionale verso l'equilibrio finanziario elimina dal dibattito l'alibi delle regioni in dissesto.

In questo quadro di stabilità e di calo relativo delle risorse disponibili, non stupisce che i volumi di attività del SSN decrescano in tutti i *setting* assistenziali.



Il SSN è più in affanno nelle aree della cronicità, della riabilitazione e delle cure intermedie, aree in cui il bisogno è in aumento a causa della crescita costante dell'età media degli italiani. La percentuale dei pazienti cronici è pari al 38% della popolazione, di cui quelli pluri-patologici rappresentano il 21% della popolazione. Questi pazienti cronici complessi assorbono gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo sempre più i pazienti occasionali a rivolgersi al circuito a pagamento, senza che via sia una chiara politica in questa direzione e indirizzi sui profili di iniquità che così si stratificano.

Una riflessione specifica e preoccupata merita l'analisi del tasso di copertura dei bisogni di LTC (long term care): vi sono nel paese 2,8 milioni di persone non autosufficienti e soli 270.000 posti letto sociosanitari residenziali pubblici o privati accreditati.

Le cure domiciliari (ADI) offerte dal SSN restano di modesta intensità: in media, si tratta di 17 ore per paziente preso in carico, che, con pacchetti medi di 2 ore settimanali, si esauriscono in 9 settimane. Il rilevante bisogno di LTC degli anziani rimane senza risposte da parte del sistema a finanziamento pubblico sia per insufficienza strutturale di risorse, sia per la frammentazione delle competenze istituzionali. I bisogni di LTC in molti paesi europei sono coperti da specifici silos e meccanismi istituzionali dedicati. In Italia, invece, la competenza sulla LTC è frammentata e dispersa tra INPS, SSN ed enti locali, determinando un sistema contraddittorio e senza una possibile guida unitaria e quindi senza politiche complessive di settore. Queste condizioni rappresentano una minaccia di crescente intensità per l'equità del sistema di Welfare, per la funzionalità del SSN, per il governo della spesa assistenziale dell'INPS (assegni di accompagnamento) e della spesa sociale dei comuni, iniziando a determinare effetti di spiazzamento sulle rispettive finalità istituzionali. In tale contesto, sono le famiglie ad auto-organizzarsi i servizi nel 90% dei casi, o attraverso un impegno diretto nella cura del proprio parente, o con l'aiuto di un *caregiver* informale, o ricorrendo al ricovero sociosanitario in regime di solvenza completa.

Per quanto attiene la politica sanitaria regionale, nel 2018 sono state implementate le linee d'azione definite nel 2017.

È stato continuato il lavoro per la rideterminazione della Rete Ospedaliera e Territoriale di cui al Decreto Assessoriale n.629 del 31/03/2017, concretizzatosi nel D.A. n.22 del 11/01/2019 di adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70. Nelle more del suddetto D.A. hanno continuato a permanere limitazioni delle assunzioni a tempo indeterminato e degli incarichi a tempo determinato.

Sul versante della prevenzione, si è dato seguito al D.A. n.351 del 08/03/2016, che ha approvato la rimodulazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018, indicando i programmi che devono essere recepiti, adottati e condotti dalle Aziende Sanitarie della Regione.



Inoltre, come nel resto d'Italia, le vaccinazioni obbligatorie già dal 2017 sono aumentate da 4 a 10, con l'approvazione del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119.

Con DA del 31/07/2017, l'Assessorato della salute e l'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro hanno approvato il Documento, recante: "Il Servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie". Il primo Piano socio sanitario a distanza di oltre dieci anni che adotta un sistema di regole integrato che mette insieme l'assistenza sanitaria e quella sociale.

Nelle more della nomina dei nuovi Direttori Generali delle Aziende sanitarie, rimane come riferimento per l'anno 2018 il documento, definito dall'Assessorato Regionale della Salute, relativo agli "Obiettivi di Salute e Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2016-2017", assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, unitamente agli obiettivi Contrattuali Generali, volti alla efficacia e al miglioramento della qualità dei servizi, alla diminuzione dei tempi di attesa, al monitoraggio gli aspetti legati all'integrazione ospedale-territorio, etc..

Il suddetto quadro nazionale e regionale influisce sulla attività dell'Azienda nel 2018.

Anche in ambito aziendale prosegue l'impulso organizzativo verso un sistema incentrato più sulla prevenzione e sull'assistenza territoriale e meno sull'ospedalizzazione. L'ASP ha messo in atto le azioni e gli interventi in materia di prevenzione, educazione e promozione della salute previsti dalla programmazione operativa del Piano Aziendale della Prevenzione adottato con deliberazioni n.390 del 28/04/2016 e 489 del 30/06/2016.

Inoltre, l'ASP di Palermo ha provveduto a potenziare i Centri vaccinali del territorio a seguito della citata legge 31 luglio 2017, n. 119, ed ha anche allestito un ambulatorio vaccinale itinerante su un camper dedicato che ha stazionato in diverse piazze della città e dei comuni della provincia.

Sempre maggiore attenzione è stata posta alle aree della cronicità, della riabilitazione e delle cure intermedie.

L'Azienda, con deliberazione n.283 del 02/05/2017 e s.m.i., ha adeguato il proprio assetto aziendale al DA n.629 del 31/03/2017 di riordino della rete ospedaliera regionale, ma rimane in attesa di ulteriori indicazioni regionali concretizzatesi nel D.A. n.22 del 11/01/2019 di adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70.

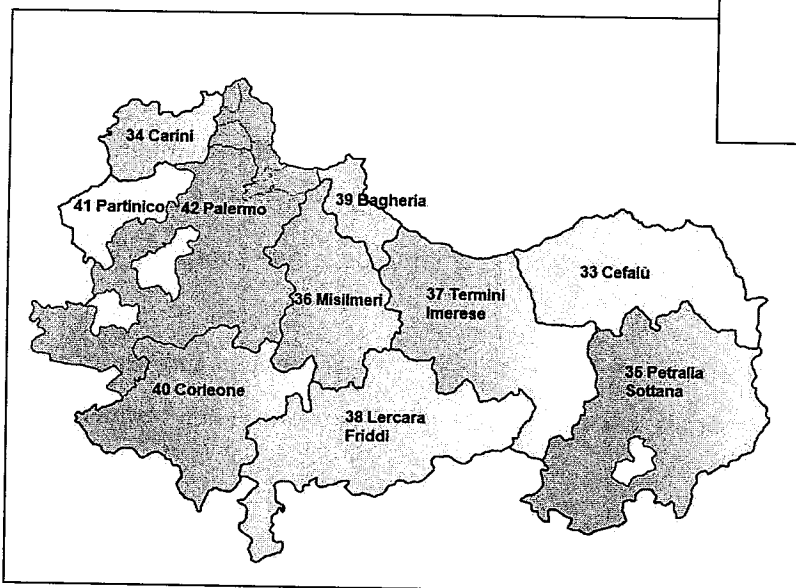
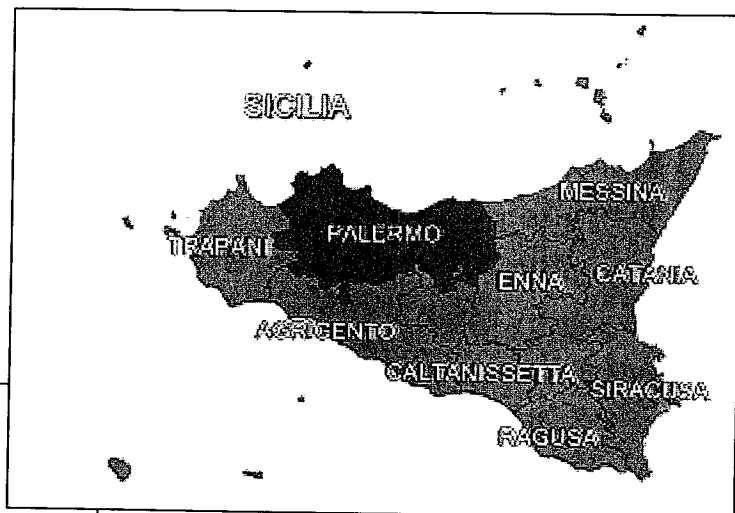
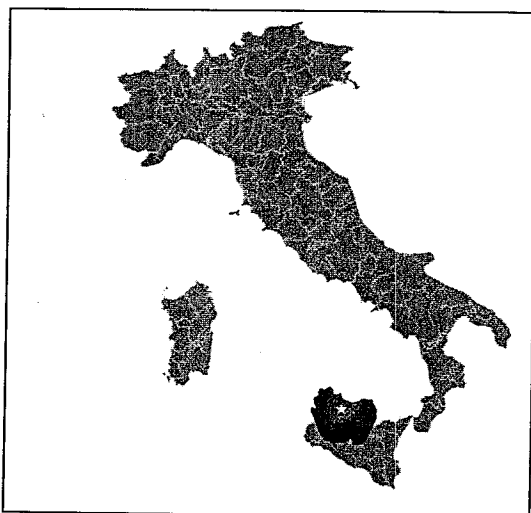
Le conseguenze in Azienda del blocco delle assunzioni hanno determinato una critica carenza di personale sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, cui si è cercato di far fronte con le assunzioni a tempo determinato, pur condizionate da pesanti vincoli.

Con D.P.R.S. n.393/Serv.1 S.G. del 01/08/2017 il Presidente della Regione ha nominato Commissario dell'ASP di Palermo il Dr. Antonino Candela, sostituito con D.A. N° 2491 del 18/12/2018 dalla Dr.ssa Daniela Faraoni (nominata Direttore Generale dal 18/04/2019).

Il "sistema obiettivi 2016 – 30/06/2017", assegnato dall'Assessorato Regionale della Salute, è collegato anche nel 2018 in Azienda alle linee di sviluppo che si stanno implementando in relazione al D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, per la valutazione della performance.

3.1.2. LA POPOLAZIONE NEL TERRITORIO DELL'ASP DI PALERMO

La popolazione residente che fa capo all'ASP di Palermo è complessivamente pari a 1.266.758 (dato Istat 1.1.2018) di cui 6.565 residenti nelle isole Pelagie di Lampedusa e Linosa e la rimanente parte, pari a 1.260.193 tutta popolazione residente a Palermo e Provincia, distribuita in 82 Comuni e 10 Distretti Sanitari.



POPOLAZIONE ALL' 01.01.2018 (Fonte: dati ISTAT)

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Alia	1.679	1.849	3.528
Alimena	908	1.047	1.955
Aliminusa	608	584	1.192
Altavilla Milicia	4.172	4.168	8.340
Altofonte	5.019	5.199	10.218
Bagheria	26.816	28.231	55.047
Balestrate	3.107	3.339	6.446
Baucina	981	969	1.950
Belmonte Mezzagno	5.549	5.690	11.239
Bisacchino	2.180	2.297	4.477
Bolognetta	2.065	2.096	4.161
Bompietro	625	712	1.337
Borgetto	3.713	3.661	7.374
Caccamo	4.031	4.108	8.139
Caltavuturo	1.903	2.023	3.926
Campofelice di Fitalia	248	248	496
Campofelice di Roccella	3.684	3.832	7.516
Campofiorito	626	635	1.261
Camporeale	1.601	1.637	3.238
Capaci	5.667	5.882	11.549
Carini	19.373	19.563	38.936
Castelbuono	4.257	4.431	8.688
Casteldaccia	5.741	5.914	11.655
Castellana Sicula	1.559	1.728	3.287
Castronovo di Sicilia	1.452	1.567	3.019
Cefalà Diana	500	530	1.030
Cefalù	6.958	7.340	14.298
Cerda	2.524	2.652	5.176
Chiusa Sclafani	1.305	1.458	2.763
Ciminna	1.779	1.918	3.697
Cinisi	6.052	6.198	12.250
Collesano	1.942	2.078	4.020
Contessa Entellina	842	865	1.707
Corleone	5.458	5.670	11.128
Ficarazzi	6.411	6.669	13.080
Gangi	3.212	3.456	6.668
Geraci Siculo	882	938	1.820
Giardinello	1.148	1.156	2.304
Giuliana	937	923	1.860
Godrano	571	588	1.159
Gratteri	443	483	926

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Isnello	781	764	1.545
Isola delle Femmine	3.644	3.605	7.249
Lascari	1.748	1.871	3.619
Lercara Friddi	3.197	3.567	6.764
Marineo	3.207	3.334	6.541
Mezzojuso	1.410	1.467	2.877
Misilmeri	14.508	14.868	29.376
Monreale	19.235	19.812	39.047
Monte Iepre	2.970	3.172	6.142
Montemaggiore Belsito	1.545	1.702	3.247
Palazzo Adriano	981	1.091	2.072
Palermo	319.315	349.090	668.405
Partinico	15.719	16.067	31.786
Petralia Soprana	1.597	1.645	3.242
Petralia Sottana	1.280	1.450	2.730
Piana degli Albanesi	3.146	3.011	6.157
Polizzi Generosa	1.546	1.695	3.241
Pollina	1.456	1.494	2.950
Prizzi	2.279	2.437	4.716
Rocca mena	704	775	1.479
Roccapalumba	1.157	1.254	2.411
San Cipirrello	2.605	2.742	5.347
San Giuseppe Jato	4.244	4.390	8.634
San Mauro Castelverde	788	802	1.590
Santa Cristina Gela	511	497	1.008
Santa Flavia	5.492	5.720	11.212
Sciara	1.399	1.414	2.813
Sclafani Bagni	205	221	426
Termini Imerese	12.678	13.351	26.029
Terrasini	6.167	6.368	12.535
Torretta	2.090	2.173	4.263
Trabia	5.296	5.134	10.430
Trappeto	1.559	1.582	3.141
Ustica	650	657	1.307
Valledolmo	1.657	1.843	3.500
Ventimiglia di Sicilia	928	962	1.890
Vicari	1.274	1.390	2.664
Villabate	9.840	10.211	20.051
Villa frati	1.620	1.690	3.310
Scillato	287	327	614
Blufi	462	511	973
TOTALE	609.705	650.488	1.260.193

Lampedusa e Linosa	3.413	3.151	6.565
--------------------	-------	-------	-------

Distribuzione della Popolazione residente al 01.01.2018 per Comuni/Distretti (FONTE: DATI ISTAT)

Distretto 33	Campofelice di Roccella	Castelbuono	Cefalù	Collesano	Gratteri	Isnello	Lascafi	Pollina	San Mauro Castelverde	Totale
		7.516	8.688	14.298	4.020	926	1.545	3.619	2.950	1.590

Distretto 34	Capaci	Carini	Cinisi	Isola delle Femm.	Terrasini	Torretta	Totale
		11.549	38.936	12.250	7.249	12.535	4.263

Distretto 35	Castellana Sicula	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Gangi	Geraci Siculo	Alimena	Blufi	Bompietro	Polizzi Generosa	Totale
		3.287	3.242	2.730	6.668	1.820	1.955	973	1.337	3.241

Distretto 36	Baucina	Bolognetta	Campofelice di Fitalia	Cefalà Diana	Ciminna	Godrano	Marineo	Mezzojuso	Misilmeri	Ventimiglia di Sicilia	Villafraati	Totale
		1.950	4.161	496	1.030	3.697	1.159	6.541	2.877	29.376	1.890	3.310

Distretto 37	Aliminusa	Caccamo	Caltavuturo	Cerda	Montemaggiore Bels.	Sciara	Scillato	Sciafani Bagni	Termini Imerese	Trabia	Totale
		1.192	8.139	3.926	5.176	3.247	2.813	614	426	26.029	10.430

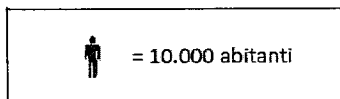
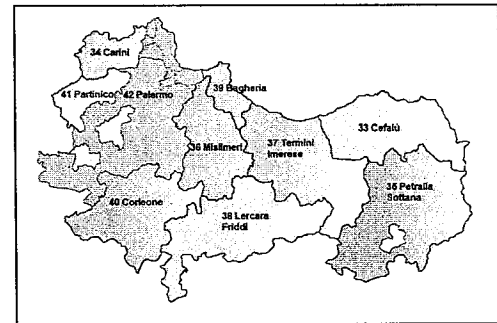
Distretto 38	Alia	Castronovo di Sicilia	Lercara Friddi	Palazzo Adriano	Prizzi	Roccapiumba	Valledolmo	Vicari	Totale
		3.528	3.019	6.764	2.072	4.716	2.411	3.500	2.664

Distretto 39	Altavilla Milicia	Bagheria	Casteldaccia	Ficarazzi	Santa Flavia	Totale
		8.340	55.047	11.655	13.080	11.212

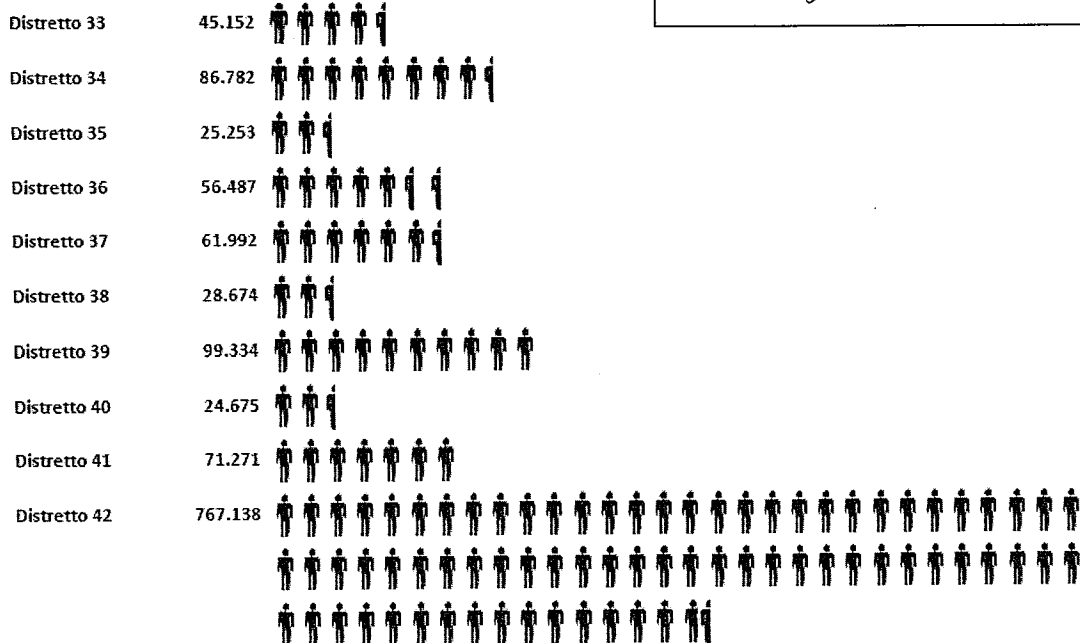
Distretto 40	Bisacchino	Campoflorito	Chiusa Sciafani	Contessa Entellina	Corleone	Giuliana	Roccamena	Totale
		4.477	1.261	2.763	1.707	11.128	1.860	1.479

Distretto 41	Balestrate	Borgetto	Campo- reale	Giardinello	Montelepre	Partinico	San Cipirello	San Giuseppe Jato	Totale
	6.446	7.374	3.238	2.304	6.142	31.786	5.347	8.634	71.271

Distretto 42	Palermo	Altofonte	Belmonte Mezzagno	Monreale	Piana degli Albanesi	Santa Cristina Gela	Trappeto	Ustica	Villabate	Lampedusa e Linosa	Totale
	668.405	10.218	11.239	39.047	6.157	1.008	3.141	1.307	20.051	6.565	767.138



Distretto popolazione





3.1.3. ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI ED EPIDEMIOLOGICI

Diversi fattori ma soprattutto 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. Ecco che attori principali diventano oltre che l'ASP anche gli Enti Locali, il Sistema Formativo ed il Terzo Settore.

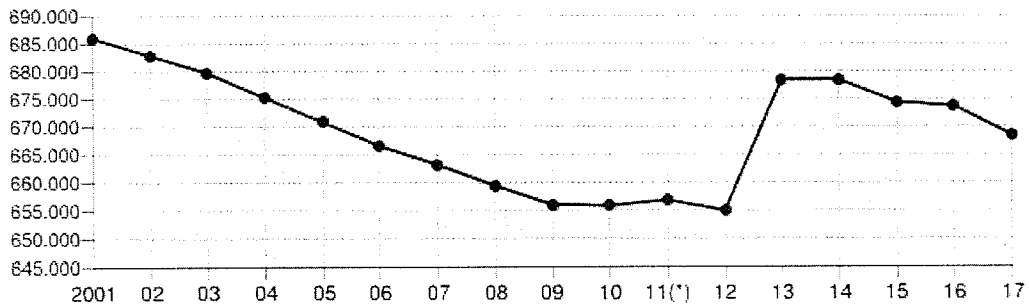
Il Rapporto Osservasalute, come ogni anno, fornisce numerosi indicatori che descrivono in maniera minuziosa lo stato del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sia dal lato della spesa e dell'organizzazione del sistema, sia dal lato della performance, in termini di salute e prevenzione.

Gli indicatori sugli esiti di salute testimoniano che la speranza di vita alla nascita è tornata a crescere, ma si confermano le disuguaglianze territoriali riscontrate in passato, con le regioni del Mezzogiorno più svantaggiate di quelle del resto del Paese. La dimensione della cronicità è in costante e progressiva crescita, con conseguente impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali. L'aumento di questo fenomeno è connesso a differenti fattori, tra i quali il progresso delle cure, il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, l'innalzamento dell'età media e la disponibilità di nuove terapie farmacologiche. L'efficacia del sistema sanitario rispetto alla cura e alla prevenzione delle neoplasie è andata sicuramente migliorando, come dimostrano i dati sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici. I progressi nella prevenzione primaria emergono chiaramente nel caso del tumore polmonare, per il quale il carico sanitario della patologia è in sensibile diminuzione da anni negli uomini, grazie alla forte riduzione della prevalenza di fumatori che rappresenta un grande successo delle normative anti-fumo (tra le più avanzate in Europa). La stessa riduzione non si è registrata tra le donne e questo è il motivo per il quale il tumore polmonare è ancora in una fase critica e plausibilmente in peggioramento. Per quanto riguarda i tumori oggetto di programmi di screening organizzato, gli effetti dell'introduzione di misure efficaci di prevenzione secondaria sono visibili nelle aree del Paese dove si è iniziato prima e dove la copertura è ottimale. Una minor copertura di popolazione e una ritardata implementazione degli screening organizzati sono fattori che contribuiscono a spiegare la bassa performance in termini di salute osservata nel Mezzogiorno. La dinamica demografica sperimentata nel nostro Paese è ben nota e non potrà che riflettersi sulla sostenibilità del settore socio-sanitario. Gli indicatori demografici presentati sono particolarmente allarmanti se vengono affiancati a quelli relativi alla popolazione con forti limitazioni nelle attività quotidiane. Infatti, dal Rapporto si evince che un quinto degli ultra 65enni ha molta difficoltà o non è in grado di svolgere almeno una attività di cura della persona senza alcun aiuto. Oltre un terzo delle persone ultra 75enni non è in grado di usare il telefono, gestire il denaro o prendere le medicine; quasi la metà non è in grado di preparare i pasti, fare la spesa o svolgere attività domestiche leggere.



Una descrizione dettagliata del contesto socio-demografico e delle cause di morte nella Provincia di Palermo è riportata nel Piano Aziendale Prevenzione 2016 (adottato con delibera n.489 del 30/06/2016), di cui si riporta lo stralcio in **allegato 1** a presente documento.

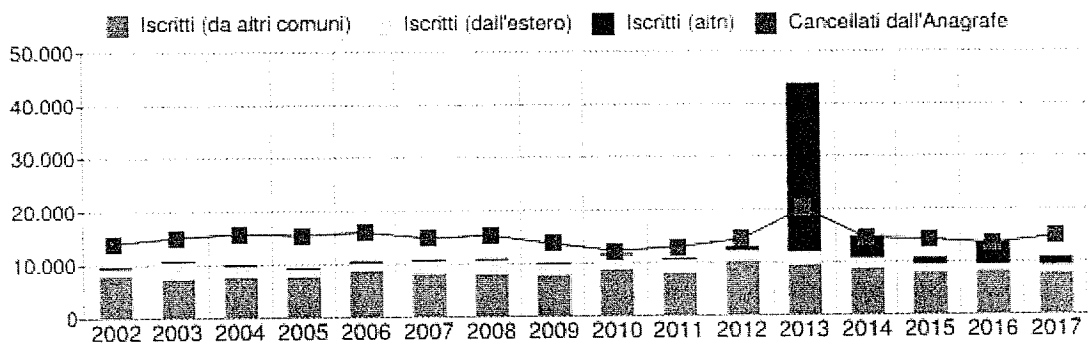
Di seguito, infine si riporta l'andamento della popolazione residente, il flusso migratorio della popolazione e le nascite e i decessi nel Comune di Palermo.



Andamento della popolazione residente

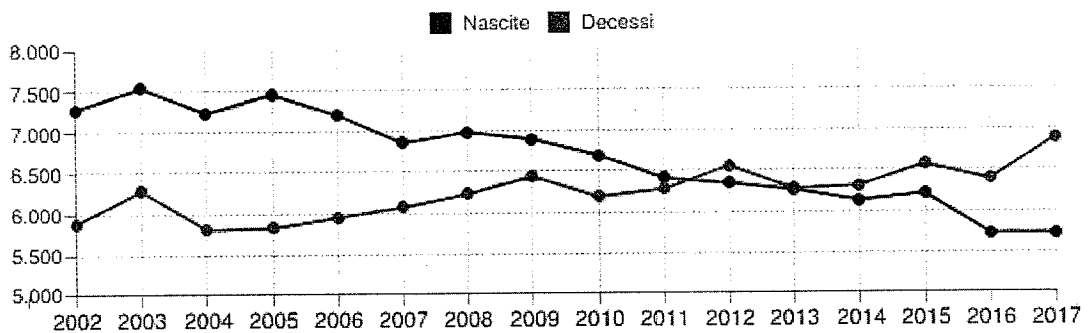
COMUNE DI PALERMO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



Flusso migratorio della popolazione

COMUNE DI PALERMO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT



Movimento naturale della popolazione

COMUNE DI PALERMO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT



3.2. L'AMMINISTRAZIONE: CENNI GENERALI SULL'ASP DI PALERMO

L'ASP di Palermo è stata istituita a settembre 2009 con la legge regionale n.5/09 ed ha la sede legale in via G. Cusmano, 24 a Palermo.

La struttura organizzativa dell'ASP di Palermo nel 2017 risulta ancora quella dell'Atto Aziendale che, approvato con Decreto n. 2545 del 19 ottobre 2010, è stato adottato con Deliberazione n.840 del 03/11/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. Nel corso del 2016 sono state comunque attivate le strutture amministrative previste nel nuovo Atto Aziendale approvato con delibera n. 198 del 17/03/2016, e che sarà reso efficace per la parte sanitaria, con eventuali modifiche, dopo che la rete ospedaliera aziendale verrà adeguata al recente Decreto Assessoriale n.629 del 31/03/2017 di riordino della rete ospedaliera regionale.

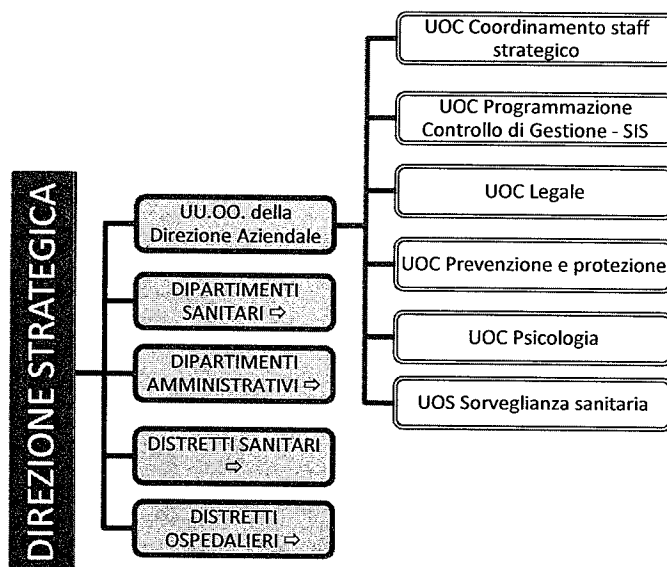
La struttura organizzativa dell'ASP prevede una vasta articolazione in Dipartimenti funzionali e strutturali ed amministrativi, Distretti sanitari, Distretti ospedalieri.

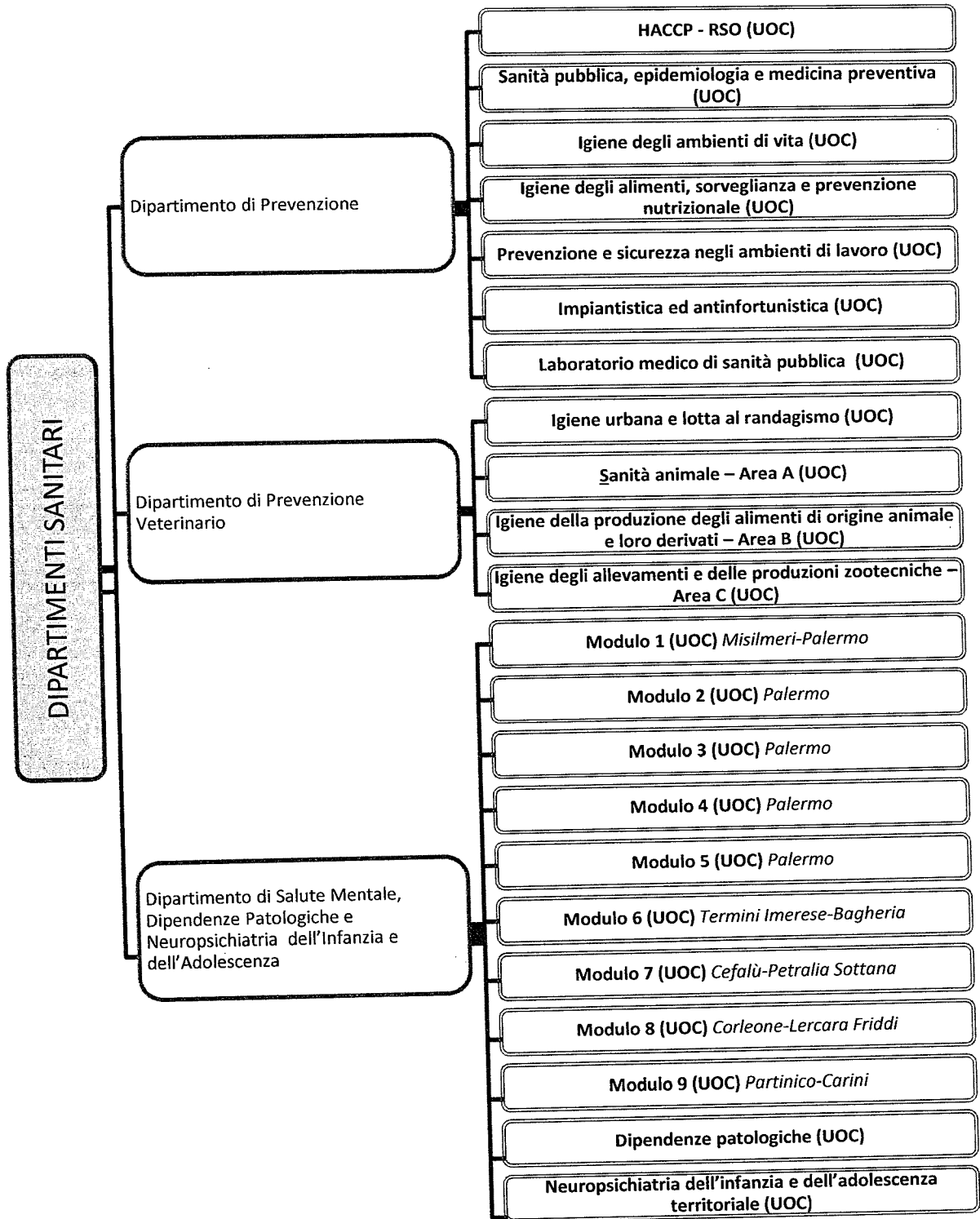
In particolare:

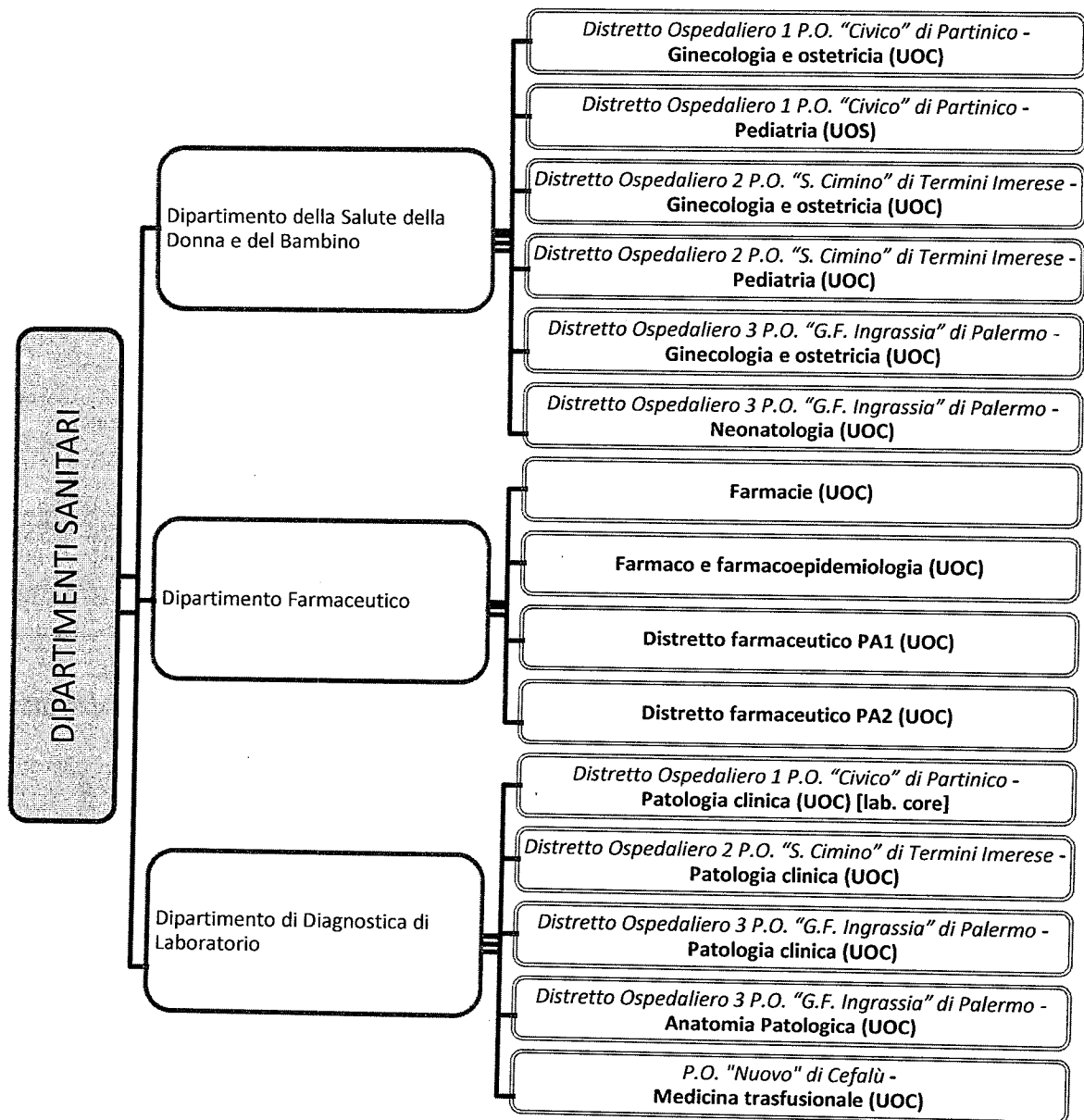
- Direzione Generale con il proprio staff;
- n. 8 Dipartimenti sanitari strutturali, n. 1 Dipartimento sanitario funzionale (da attivare – attualmente attive le 5 UOC afferenti), 2 Dipartimenti Amministrativi;
- n. 10 Distretti sanitari;
- n.3 Distretti Ospedalieri cui afferiscono n.6 Presidi Ospedalieri.

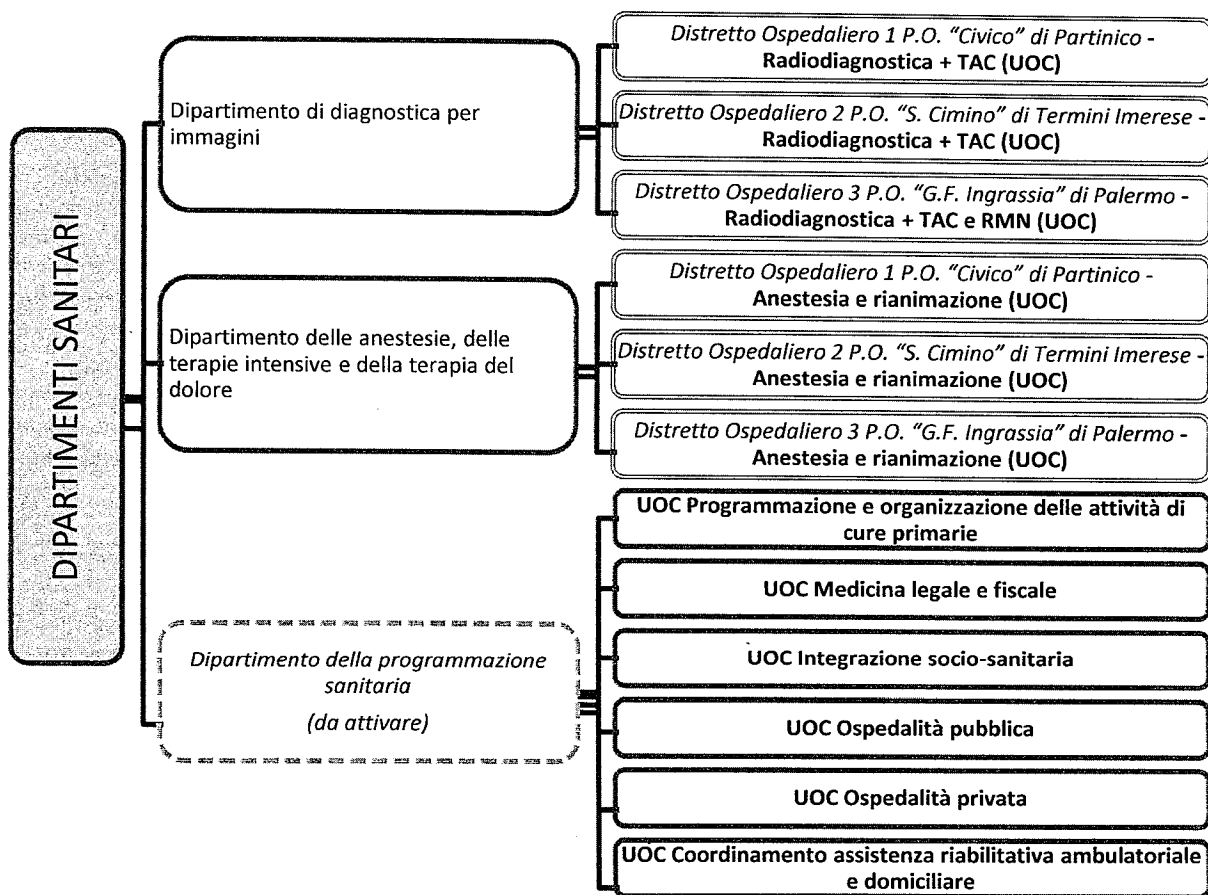
Ogni macrostruttura è costituita, a sua volta, da Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici (nonché uffici che svolgono attività/funzioni).

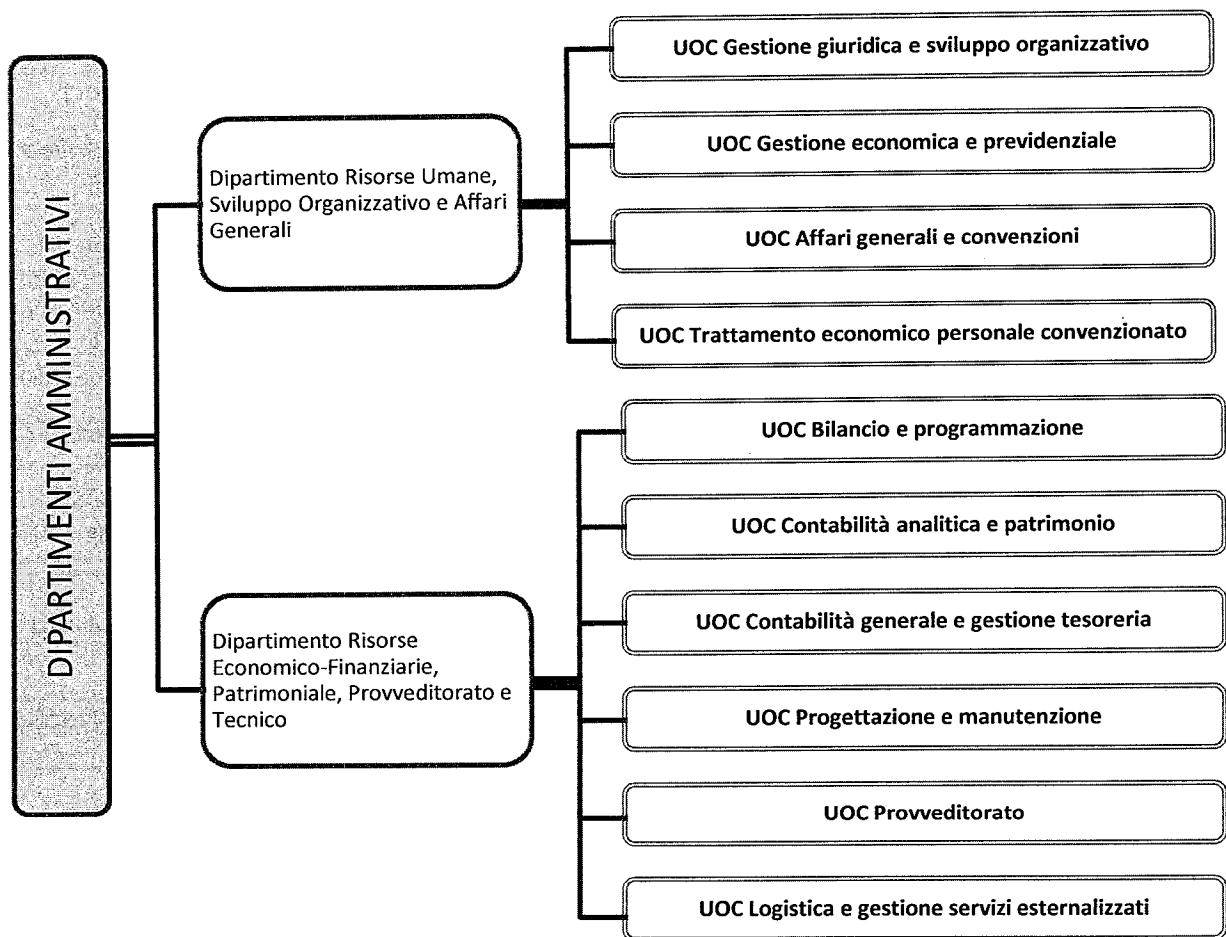
Organigramma (macrostrutture e UOC)

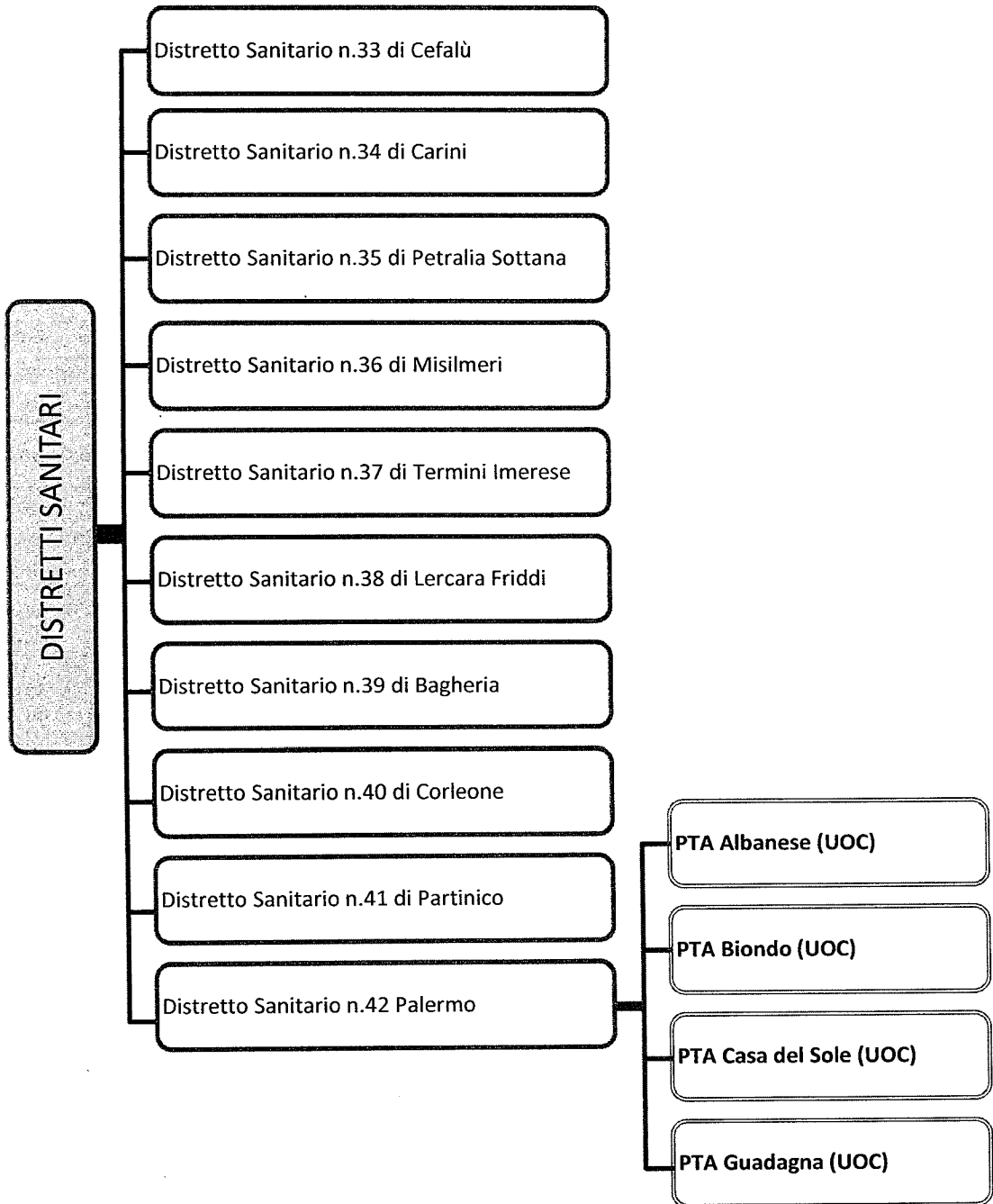


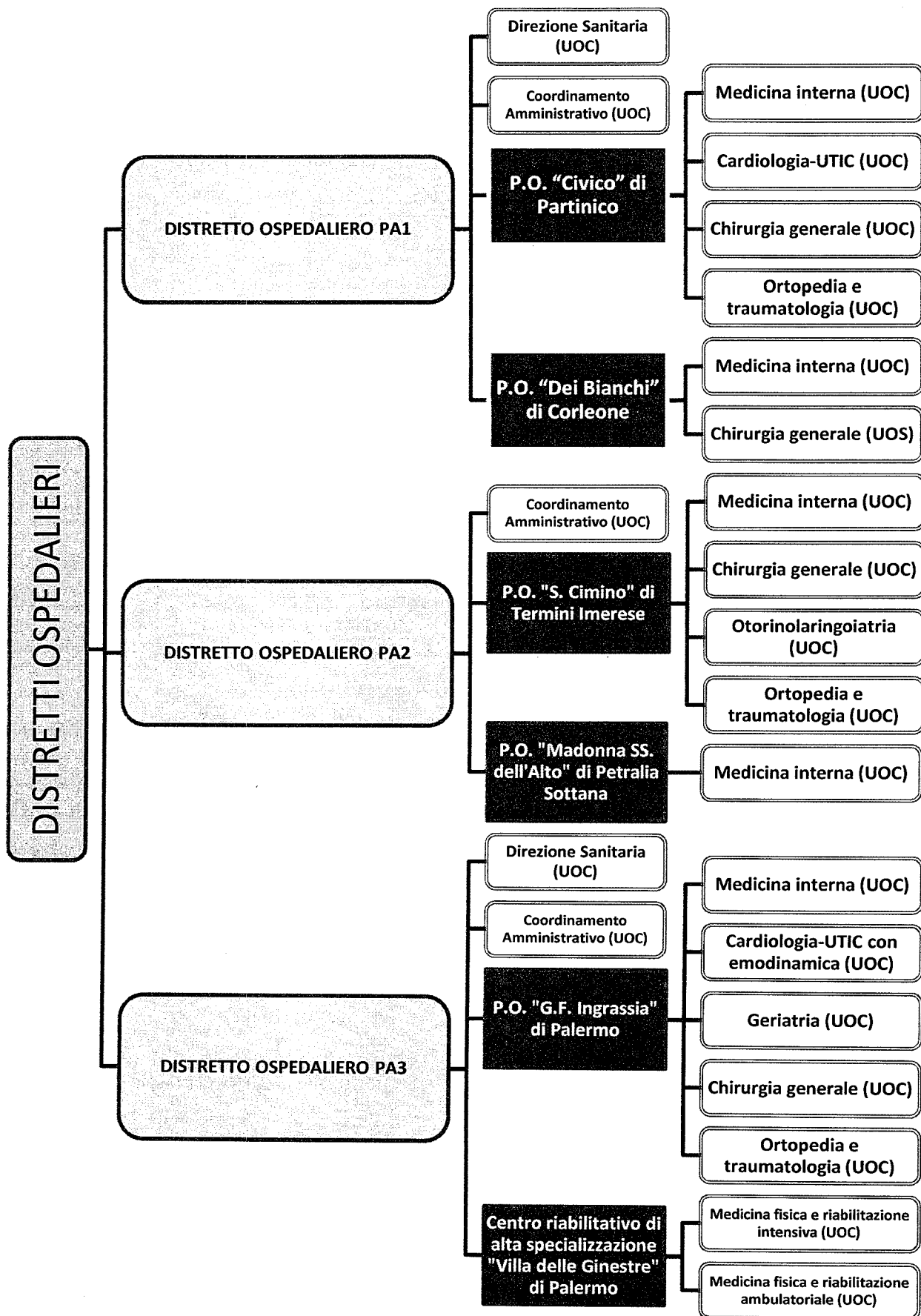












3.3. LE RISORSE UMANE

Due componenti fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi aziendali sono la risorsa umana oltre, ovviamente, la risorsa finanziaria.

L'ASP dispone di risorse umane che hanno ruoli e profili professionali diversi distinti in dirigenza e comparto. Negli ultimi anni si è verificata una rilevante riduzione della dotazione organica e il personale, se non in casi eccezionali, non è stato sostituito a causa del blocco delle assunzioni previsto dalla normativa nazionale e regionale.

Complessivamente il personale all'1/1/2018 è di 3.978 unità ed è distribuito per aree nei diversi ruoli: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

Le tabelle che seguono, in sintesi, rappresentano la distribuzione del personale dell'Azienda:

Personale al 1.1.2018

Descrizione	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
Assistenza ospedaliera	1.105	144	73		1.322
Assistenza territoriale	1.273	274	209		1.756
- Distretti sanitari	743	119	199		1.061
- Dipartimento Salute Mentale	530	155	10		695
Dipartim. Prevenzione Medico	236	18	26	4	284
Dipartim. Prevenzione Veterinario	101	5	24		130
Strutture centrali	164	125	158	9	486
Totale	2.879	566	520	13	3.978

Per ciascun ruolo, inoltre, il personale è suddiviso nelle due fasce: Dirigenza e Comparto.

La tabella successiva ne dà una rappresentazione sintetica.

Personale della Dirigenza e del Comparto

PERSONALE DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO				
RUOLO	Fascia	Area	Personale	N°
Amministrativo	Comparto			509
	Dirigenza			11
Professionale	Comparto			
	Dirigenza			13
Sanitario	Comparto		Riabilitazione	119
			Vigilanza ed ispezione	116
			Infermieristico	1.265
			Tecnico-sanitario	135
	Dirigenza	Medica		1.062
		Non medica		182
Tecnico	Comparto			549
	Dirigenza			17
Totale				3.978
Comparto				2.693
Dirigenza		Medica		1.062
		SPTA		223
Totale				3.978

Fonte: Dipartimento Risorse Umane

Da tali tabelle si evidenzia che la Dirigenza è costituita da n. 1.285 unità, pari al 32,3% del personale di ruolo, mentre la restante parte del personale, rappresentata dal Comparto, è composta da n. 2.693 unità, pari al 67,7 %.

La Dirigenza, inoltre, è suddivisa in area medica e area non medica (SPTA: Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) nel modo seguente:

Dirigenti Medici: n. 1.062 unità (pari all' 82,6 % della Dirigenza)

Dirigenti non Medici: n. 223 unità (pari al 17,4 % della Dirigenza)

Il personale, escluse le n. 108 unità afferenti alle UU.OO. della Direzione Aziendale, è allocato nei Distretti Ospedalieri, nei Distretti Sanitari e nei Dipartimenti, come rappresentato nelle sottostanti tabelle.

Personale dei distretti ospedalieri

Presidio Ospedaliero	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess	Totale
"Nuovo Giglio"/HSR	10	6	3		19

Distretto Ospedaliero PA 1	Civico - Partinico	246	23	15		284
	Dei Bianchi - Corleone	112	17	11		140

Distretto Ospedaliero PA 2	S. Cimino - Termini Imerese	219	32	12		263
	Madonna dell'Alto - Petralia	100	2	9		111

Distretto Ospedaliero PA 3	Ingrassia - Palermo	361	44	16		421
	Villa delle Ginestre - Palermo	57	20	7		84

Totale	1.105	144	73		1.322
---------------	--------------	------------	-----------	--	--------------

Fonte: Dipartimento Risorse Umane

Personale dei distretti sanitari

Distretto Sanitario	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
33 Cefalù	30	2	8		40
34 Carini	38	3	8		49
35 Petralia	33	4	4		41
36 Misilmeri	25	6	10		41
37 Termini Imerese	31	3	11		45
38 Lercara Friddi	61	8	19		88
39 Bagheria	45	15	19		79
40 Corleone	22	3	13		38
41 Partinico	30	2	11		43
42 Palermo	428	73	96		597
Totale	743	119	199		1.061

Fonte: Dipartimento Risorse Umane

Personale dei dipartimenti

	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE	236	18	26	4	284
Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIO	101	5	24		130
Personale del DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE e NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	530	155	10		695
Personale del DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	13	1	2		16
(*) Personale del DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	31	9	9		49
(*) Personale del DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E DEI CONTROLLI	42	4	24		70
(*) Personale del DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	14	2	2		18
(*) Personale del DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	9				9
(*) Personale del DIPARTIMENTO DI ANESTESIA, TERAPIE INTENSIVE E TERAPIE DEL DOLORE					
Personale del DIPARTIMENTO RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI		9	54		63
Personale del DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO- FINANZIARIO, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO	2	90	58	3	153
TOTALE	978	293	209	7	1.487

(*) Il personale delle Unità Operative strutturalmente afferenti al Dipartimento ma allocate nei Distretti ospedalieri e nei Distretti sanitari è riportato nelle corrispondenti tabelle



L'Azienda dispone inoltre di:

- 647 unità di personale "contrattista", utilizzato a supporto sia di attività amministrative che tecnico-assistenziali;
- circa n. 200 unità di personale SAS (ex Multiservizi).

Inoltre nei poliambulatori aziendali operano circa n. 200 unità di "specialisti convenzionati interni".

La seguente scheda, infine, sintetizza i risultati dell'analisi quali-quantitativa delle risorse umane; essa si compone di tre parti. Nella prima parte si rilevano i valori degli indicatori quali-quantitativi relativi al personale, nella seconda parte si rilevano gli indicatori di analisi del benessere organizzativo e nella terza parte si rilevano gli indicatori di genere.



3.4. LE RISORSE FINANZIARIE

L'Azienda dispone di risorse finanziarie ed economiche per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione", indispensabili sia per affrontare i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per sviluppare e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi.

La principale fonte di finanziamento dell'Azienda deriva dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale, quindi dall'Assessorato Regionale alla Salute, sulla base della cosiddetta "quota capitaria", un'altra parte, se pur minore, arriva direttamente dal Fondo Sanitario Nazionale.

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario, ossia il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato.

Il fabbisogno sanitario nella sua componente "indistinta" (c'è poi una quota "vincolata" al perseguimento di determinati obiettivi sanitari), è finanziato dalle seguenti fonti:

- entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti), in un importo definito e cristallizzato in seguito ad un'intesa fra lo Stato e le Regioni;
- fiscalità generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive - IRAP (nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità), e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche - IRPEF. Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni;
- compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano: tali enti partecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti descritte nei punti precedenti, tranne la Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (legge 296/2006 art. 1, comma 830);
- bilancio dello Stato: esso finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto - IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti e attraverso il Fondo sanitario nazionale (una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

Per ogni esercizio finanziario, in relazione al livello del finanziamento del SSN stabilito per l'anno di riferimento, al livello delle entrate proprie, ai gettiti fiscali attesi e, per la Regione siciliana, al livello della compartecipazione regionale al finanziamento, è determinato, a saldo, il finanziamento a carico del bilancio statale nelle due componenti della compartecipazione IVA e del Fondo sanitario nazionale.

I riparti del fabbisogno (assegnazione alle Regioni e alle Aziende)

La composizione del finanziamento del SSN è evidenziata nei cosiddetti "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute sui quali si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e che sono poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica -CIPE.

Le Regioni assegnano, in base a diversi parametri, le risorse finanziarie alle aziende, che le impiegano per garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli essenziali di assistenza.

L'assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva (cioè i residenti che assicurano in strutture di altre aziende sanitarie o regioni) e della mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall'esterno dell'azienda).

Le aziende vengono inoltre finanziate dalla Regione sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai DRG) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

Le manovre finanziarie del Governo apportano le modifiche ai livelli di finanziamento a carico dello Stato.

Confronto CE preventivo/consuntivo e scostamenti:

Modello CE preventivo e consuntivo 2018 (sintesi)

CE (Valori in Migliaia di Euro)	Preventivo 2018	Consuntivo 2018	differenza
Valore della produzione			
A.1) Contributi in c/esercizio	1.849.053	1.895.354	46.301
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-25.094	-2.000	23.094
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	3.711	4.619	908
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	61.835	58.478	-3.357
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	39.113	38.606	-507
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.844	3.759	-85
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	11.943	15.090	3.147
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
A.9) Altri ricavi e proventi	675	880	205
Totale valore della produzione (A)	1.945.080	2.014.786	69.706

B) Costi della produzione			
B.1) Acquisti di beni	119.822	109.972	-9.850
B.2) Acquisti di servizi	1.523.178	1.548.314	25.136
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	13.469	11.445	-2.024
B.4) Godimento di beni di terzi	4.145	5.909	1.764
B.5) Personale del ruolo sanitario	225.566	215.869	-9.697
B.6) Personale del ruolo professionale	1.676	1.357	-319
B.7) Personale del ruolo tecnico	24.531	22.222	-2.309
B.8) Personale del ruolo amministrativo	40.688	38.972	-1.716
B.9) Oneri diversi di gestione	3.619	3.203	-416
Totale Ammortamenti	13.390	14.567	1.177
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	0
B.15) Variazione delle rimanenze	4.960	521	-4.439
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	8.521	29.020	20.499
Totale costi della produzione (B)	1.983.565	2.001.371	17.806
C) Proventi e oneri finanziari			
C.1) Interessi attivi	61	100	39
C.2) Altri proventi	0	0	0
C.3) Interessi passivi	175	226	51
C.4) Altri oneri	0	0	0
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-114	-126	-12
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
D.1) Rivalutazioni	0	0	0
D.2) Svalutazioni	0	0	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0
E) Proventi e oneri straordinari			
E.1) Proventi straordinari	0	11.292	11.292
E.2) Oneri straordinari	92	1.578	1.486
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-92	9.714	9.806
Risultato prima delle imposte (A – B +/- C +/- D +/- E)	-38.692	23.003	61.695
Totale imposte e tasse	24.028	22.632	-1.396
RISULTATO DI ESERCIZIO	-62.720	371	63.091



3.5. LE ATTIVITÀ DEL CUG

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni della ASP di Palermo è stato rinnovato con delibera n.0020 del 17.08.2017. Come sancito dalla legge n.183/2010 al CUG, derivante dalla fusione del Comitato Pari Opportunità e del Comitato Paritetico sul fenomeno del mobbing, vengono attribuiti *compiti propositivi, consultivi e di verifica*, la cui azione è volta a favorire lo sviluppo dell'ambiente di lavoro che rispetti i principi di pari opportunità e di benessere organizzativo, contrastando qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale e/o psichica per i lavoratori, migliorando l'efficienza delle prestazioni e la produttività ed esplicando la propria attività nei confronti di tutto il personale, dirigente e non.

Il CUG ha una composizione paritetica in quanto è formato sia da componenti di ciascuna organizzazione sindacale maggiormente rappresentative, sia da un pari numero di rappresentanti aziendali. I componenti rimangono in carica quattro anni e possono essere rinnovati una sola volta.

In relazione alle aree di intervento proprie, il Comitato ha preso contatti e stabilito una modalità di collaborazione con i componenti del gruppo di ascolto per il rischio da stress lavoro correlato afferente al Servizio di psicologia aziendale e con l'ambulatorio antimobbing di competenza, anch'esso, del Comitato Unico di Garanzia.

Il Comitato ha posto l'attenzione sull'assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta, costituendo una rete tra i diversi operatori e tra diverse strutture coinvolte prevedendo alcuni punti:

- Il potenziamento dei Pronto Soccorso con l'individuazione di spazi adeguati per il primo colloquio
- l'istituzione del punto unico di accoglienza, l'accompagnamento della vittima finalizzato alla richiesta dell'intervento di secondo livello
- l'implementazione di centri specialistici dedicati alla cura del trauma d'abuso, maltrattamento, violenza di genere e stalking.

Il CUG, vista l'importanza dell'argomento, ha dato il proprio contributo organizzando una giornata di studio dedicata agli operatori dei servizi aziendali (dipartimento salute donna e bambino, salute mentale, neuropsichiatria dell'adolescenza, servizio sociale, ..) relativa alla violenza di genere, fenomeno sommerso e di difficile rilevazione la cui gravità è riconosciuta dall'OMS tra le cause più frequenti di morte. Le aree tematiche sono state quelle relative alle diverse tipologie di violenza secondo la Convenzione di Istanbul e quindi violenza di genere, violenza psicologica, economica, fisica, molestie e stalking.

Nell'ambito delle proprie attività, il Comitato, ha preso in esame il progetto Art and Social Change valutando la potenzialità delle ricadute positive sulla cura e sul benessere dell'operatore ed è stata fatta una programmazione in materia di welfare aziendale, strumento prezioso per migliorare il clima interno ed il benessere dei dipendenti; fare leva sui benefit importanti non solo per il loro valore economico ma anche per la possibilità dei dipendenti aziendali di conciliare la vita lavorativa con la vita privata.

In seguito al documento firmato dagli operatori EIAM (Equipe Interistituzionale contro Abuso e Maltrattamento) e dei rischi connessi all'attività, anche in relazione alle aggressioni all'assistente sociale che collabora con gli operatori, dopo avere informato la Direzione Strategica, è stata formulata un'ipotesi di modifica dell'assetto organizzativo dell'équipe in modo da garantire la sicurezza delle operatrici organizzando le attività presso un'unica sede fornita di sorveglianza.

La ASP di Palermo ha effettuato un'analisi di genere in cui si evidenzia una complessiva parità di numero di unità di personale che si sintetizza nella tabella sottostante:

ANALISI DI GENERE	
% di dirigenti donne	44,27%
% di donne rispetto al totale del personale	51,17%
% personale donna assunto a tempo determinato	21,75%
età media del personale femminile	51,95
età media dei dirigenti donne	54,30
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	47,11%

3.6. LE ATTIVITÀ DELL'URP

L'URP dell'ASP di Palermo ha, tra le sue principali mansioni ufficiali, quella di accogliere suggerimenti, proposte, osservazioni e reclami che riguardano i servizi o i disservizi sorti durante il metodo lavorativo degli operatori aziendali. Il reclamo/segnalazione può essere presentato da tutti i cittadini utenti, sia direttamente o tramite delega a parenti, conoscenti o associazioni di tutela/volontariato. Esso deve contenere una descrizione dettagliata e chiara del fatto avvenuto, il luogo dove si è verificato, la data e tutto ciò che può essere significativo per la descrizione dell'accaduto. L'U.O. è in contatto con tutte le strutture aziendali ed ha un rapporto di collaborazione con l'unità "Risk Management" per tutti quei casi delicati in cui vi sia anche un potenziale rischio per la salute del cittadino utente.

Nell'anno 2018 sono stati registrati e gestiti 370 reclami che includono anche n.14 elogi.

La tipologia dei reclami è sintetizzata nella tabella seguente:

Segnalazioni e reclami	N.	%
Cup online, WhatsApp, numero verde (non funzionante)	75	20.3%
Sportelli Cup (code, poco personale, servizio non efficiente, pochi sportelli aperti, mancato recalling, lunghe liste di attesa)	50	13.5%
Medici, paramedici, operatori (comportamento non adeguato, negligenza, imperizia)	36	9.7%
Centro vaccini (code, lunghe attese, mancate forniture, imperizia)	30	8.1%
Sportelli Anagrafe Assistiti (code, poco personale, serv. non efficiente, pochi sportelli aperti)	25	6.8%
Cambio medico online	20	5.4%
Uffici Ausili e Presidi (mancate forniture, lunghe attese, imperizia, poco personale)	15	4.1%
Disservizi in vari ambulatori medici (code, poca efficienza, imperizia)	15	4.1%
Prenotazioni (lunghe liste di attesa, agende chiuse)	15	4.1%
Elogi (specialisti ambulatoriali, operatori)	14	3.8%
Farmacie Territoriali (mancate forniture, ritardi)	13	3.5%
Pannoloni Santex (qualità, mancata fornitura, errori nella distribuzione)	10	2.7%
Apparecchiature, strumentazioni, ascensori (guasti)	8	2.2%
Sportelli esenzione (code, servizio non efficiente)	8	2.2%
Locali (igiene, incuria)	8	2.2%
Disdetta Cup (servizio non efficiente)	7	1.9%
Mancate visite senza preavviso, preoccupazione per multa	5	1.4%
Assenza di segnaletica o assenza aggiornamenti orari	5	1.4%
Presenza cani randagi PTA Guadagna	5	1.4%
Contestazioni di multe (richiesta rimborso)	4	1.1%
Esenzioni respinte	4	1.1%
Sportello pazienti diabetici (code)	4	1.1%
Centro prelievi PTA "Albanese" (assenza apertura tutti i giorni)	4	1.1%
Ufficio Rinnovo Patenti (servizio non efficiente)	2	0.5%
TOTALE	370	

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

4.1. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2018-2020

I successivi paragrafi sono dedicati alla rendicontazione dei risultati di performance organizzativa e presentano:

- i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi/indicatori individuati nel **Piano della Performance 2018-2020** (obiettivi annuali 2018), evidenziando gli scostamenti rispetto ai *target* assegnati, per singola struttura;
- i risultati di *performance* organizzativa complessiva relativa all'anno 2018, rispetto agli obiettivi strategici nel loro complesso declinati nel **Piano della Performance 2018-2020** tenendo conto del contesto illustrato nella precedente sezione e come gli eventuali fattori interni o esterni abbiano influito positivamente o negativamente sul grado di raggiungimento degli obiettivi stessi.

Si fa presente che il Piano della Performance 2018-2020 non ha declinato gli obiettivi per l'intero triennio stante che gli obiettivi strategici aziendali hanno dato continuità agli Obiettivi di Salute e funzionamento 2016-2017 assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie nel 2016, e che tali obiettivi regionali non sono stati aggiornati nel 2018 a causa della nomina dei Commissari presso le Aziende in attesa della nomina dei nuovi Direttori Generali, avvenuta poi nell'aprile 2019.

4.2. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2018 PER STRUTTURA

La Direzione Strategica, anche per l'anno 2018, ha declinato gli obiettivi strategici per macro-area di intervento, individuando opportuni obiettivi operativi che consentano di perseguire gli obiettivi strategici stabiliti, quindi li ha assegnati alle macrostrutture (Dipartimento – Distretto Sanitario – Distretto Ospedaliero e UU.OO. di Staff) e alle singole strutture complesse. Ai sensi del D.Lgs n. 150/2009 e s.m.i., in ciascun ambito operativo vengono coerentemente definiti, secondo il meccanismo a cascata sopra citato, ulteriori obiettivi operativi, tali da consentire la coniugazione della performance organizzativa conseguita dalla struttura di riferimento con la performance individuale realizzata da ciascun dipendente (dirigente e non).

Tutto ciò rende possibile definire il contributo richiesto a ciascuna struttura e l'apporto individuale voluto da ciascun operatore, dando quindi maggiori garanzie di pervenire al raggiungimento dei risultati attesi.

Per l'anno 2018 i valori di performance organizzativa raggiunti dalle strutture assegnatarie di obiettivi, sulla base di quanto rendicontato dai responsabili delle medesime strutture e esaminato/riscontrato dal Controllo di Gestione, sono di seguito riportati:

STRUTTURE ASSEGNATARIE DI OBIETTIVI DI BUDGET 2018		% raggiungimento Performance organizzativa Anno 2018
UU.OO. della Direzione Aziendale		
	Coordinamento staff strategico (UOC)	100%
	Programmazione, Controllo di Gestione – SIS (UOC)	100%
	Legale (UOC)	100%
	Psicologia (UOC)	95,00%
	Servizio Prevenzione e Protezione (UOC)	95,00%
	UOS Sorveglianza Sanitaria (UOS)	100%
I Dipartimenti Sanitari funzionali		
	Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie (UOC)	100%
	Medicina legale e fiscale (UOC)	100%
	Integrazione socio-sanitaria (UOC)	100%
	Ospedalità pubblica (UOC)	100%
	Ospedalità privata (UOC)	100%
	Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare (UOC)	100%
I Dipartimenti Sanitari strutturali		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		99,21%
	Sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva (UOC)	93,63%
	Igiene degli ambienti di vita (UOC)	100%
	Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale (UOC)	100%
	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (UOC)	99,72%
	Impiantistica ed antinfortunistica (UOC)	100%
	Laboratorio medico di sanità pubblica (UOC)	100%
	HACCP - RSO (UOC)	100%
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO		99,98%
	Igiene urbana e lotta al randagismo (UOC)	100%
	Sanità animale – Area A (UOC)	99,95%
	Igiene della produzione degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B (UOC)	100%
	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C (UOC)	100%
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA		100%
	Modulo 1 (UOC) <i>Misilmeri-Palermo</i>	100%
	Modulo 2 (UOC) <i>Palermo</i>	100%
	Modulo 3 (UOC) <i>Palermo</i>	100%

Modulo 4 (UOC) Palermo	100%
Modulo 5 (UOC) Palermo	100%
Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria	100%
Modulo 7 (UOC) Cefalù-Petralia Sottana	100%
Modulo 8 (UOC) Corleone-Lercara Friddi	100%
Modulo 9 (UOC) Partinico-Carini	100%
Dipendenze patologiche (UOC)	100%
Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale (UOC)	100%
DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	98,74%
Salute della donna e del bambino territoriale (UOC)	100%
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Ginecologia e ostetricia (UOC)	93,08%
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Pediatria (UOS)	100%
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Ginecologia e ostetricia (UOC)	94,30%
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Pediatria (UOC)	100%
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Ginecologia e ostetricia (UOC)	90,00%
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Neonatologia (UOC)	100%
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	100%
Farmacie (UOC)	100%
Farmaco e farmacoepidemiologia (UOC)	100%
Distretto farmaceutico PA 1 (UOC) con sede al P.O. di Partinico	100%
Distretto farmaceutico PA 2 (UOC) con sede al P.O. di Termini Imerese	100%
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	100%
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Patologia clinica (UOC)	100%
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Patologia clinica (UOC)	100%
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Patologia clinica (UOC)	100%
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Anatomia Patologica (UOC)	100%
Medicina trasfusionale (UOC)	100%
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	100%
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Radiodiagnostica + TAC (UOC)	100%
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Radiodiagnostica + TAC (UOC)	100%
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Radiodiagnostica + TAC e RMN (UOC)	100%
DIPARTIMENTO DELLE ANESTESIE, DELLE TERAPIE INTENSIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE	91,27%
DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Anestesia e rianimazione (UOC)	85,24%
DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Anestesia e rianimazione (UOC)	95,45%
DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Anestesia e rianimazione (UOC)	80,00%
I Distretti Sanitari	
Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)	100%
Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)	100%
Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)	100%
Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)	100%

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)	100%
Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)	100%
Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)	100%
Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)	100%
Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)	100%
Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)	100%
PTA "Biondo" (UOC)	100%
PTA "Casa del Sole" (UOC)	100%
PTA "E. Albanese" (UOC)	100%
PTA "Guadagna" (UOC)	100%
I Distretti Ospedalieri	
Distretto Ospedaliero n.1 - PP.OO. integrati "Civico" di Partinico e "Dei Bianchi" di Corleone	
Direzione Sanitaria (UOC) - [interospedaliera] con sede al P.O: "Civico di Partinico"	100%
Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "Civico" di Partinico	100%
P.O. "Civico" di Partinico	
Medicina interna (UOC)	100%
Cardiologia-UTIC (UOC)	100%
Chirurgia generale (UOC)	85,99%
Ortopedia e traumatologia (UOC)	88,93%
P.O. "Dei Bianchi" di Corleone	
Funzioni igienico-organizzative (UOS)	100%
Medicina interna (UOC)	100%
Chirurgia generale (UOS)	100%
Distretto Ospedaliero n.2 - PP.OO. integrati "S. Cimino" di Termini Imerese e "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana	
Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	100%
P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	
Direzione Sanitaria (UOS)	100%
Medicina interna (UOC)	100%
Chirurgia generale (UOC)	91,89%
Otorinolaringoiatria (UOC)	100%
Ortopedia e traumatologia (UOC)	96,59%
P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana	
Funzioni igienico-organizzative (UOS)	100%
Medicina interna (UOC)	100%
Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo	
Direzione Sanitaria (UOC) - [interospedaliera] con sede al P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	100%

Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	100%
P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	
Gastroenterologia ed endoscopia - Screening colon retto (UOS)	100%
Medicina interna (UOC)	100%
Cardiologia-UTIC con emodinamica (UOC)	91,86%
Geriatria (UOC)	100%
Chirurgia generale (UOC)	96,23%
Ortopedia e traumatologia (UOC)	85,00%
Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo	
Medicina fisica e riabilitazione intensiva (UOC)	100%
Medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale (UOC)	100%
I Dipartimenti Amministrativi	
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI	100%
Gestione giuridica e sviluppo organizzativo (UOC)	100%
Gestione economica e previdenziale (UOC)	100%
Affari generali e convenzioni (UOC)	100%
Trattamento economico personale convenzionato (UOC)	100%
DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO	100%
Bilancio e programmazione (UOC)	100%
Contabilità analitica e patrimonio (UOC)	100%
Contabilità generale e gestione tesoreria (UOC)	100%
Progettazione e manutenzioni (UOC)	100%
Provveditorato (UOC)	100%
Logistica e gestione servizi esternalizzati (UOC)	100%

Le schede di tutte le suddette strutture con esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i valori attesi e i valori raggiunti sono riportati nell'allegato 2.

4.3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

La performance organizzativa complessiva aziendale è sintetizzata nelle sottostanti schede, con riferimento agli obiettivi strategici riportati sul Piano della Performance 2018-2020 relativi alle varie Aree:

Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro	SCHEDA 1
Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale	SCHEDA 2
Assistenza Ospedaliera	SCHEDA 3
Integrazione socio-sanitaria	SCHEDA 4
Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile	SCHEDA 5
Salute mentale	SCHEDA 6
Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei pazienti	SCHEDA 7
Spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	SCHEDA 8
Flussi informativi	SCHEDA 9
Progettazione aziendale	SCHEDA 10
Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	SCHEDA 11
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	SCHEDA 12
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	SCHEDA 13
Efficienza Gestionale	SCHEDA 14
Informatizzazione	SCHEDA 15
Riorganizzazione e procedure amministrative	SCHEDA 16

SCHEDA 1

**Assistenza
Collettiva e negli
Ambienti di Vita e
di Lavoro**

- Sviluppo delle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018
- Monitoraggio e miglioramento delle attività relative alla Sanità veterinaria (fra cui il controllo delle aziende bovine e ovicaprine, la prevenzione delle zoonosi, il monitoraggio della tubercolosi bovina e della brucellosi bovina e ovicaprina, la verifica del rispetto della normativa per gli alimenti di origine animale, lo svolgimento di controlli sanitari nei rifugi per il ricovero per cani e gatti) alla Sicurezza alimentare (fra cui il rispetto del Piano di controlli di alimenti e bevande 2015-2018 e l'attuazione del Piano di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari), alla Tutela ambientale (fra cui il monitoraggio delle condizioni igieniche delle carceri e il rispetto delle modalità di rilascio di pareri igienico-sanitari) , alle Attività di prevenzione nei luoghi di lavoro (fra cui il controllo dei cantieri edili e delle aziende agricole, la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate), all'Attuazione delle direttive del Gruppo di lavoro "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale
- Monitoraggio e miglioramento delle attività relative ai programmi di vaccinazione secondo le indicazioni regionali e ministeriali e al controllo epidemiologico delle malattie infettive
- Monitoraggio e 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 2016-2017 dell'Assessorato della salute.

Con deliberazione n.309 del 28/04/2016 l'ASP ha adottato il Piano Aziendale di Prevenzione in attuazione del D.A. n.351 08/03/2016. Delle numerose attività previste, si riportano nel sistema di budgeting 2018 alcuni gli obiettivi, inseriti anche nel Piano Attuativo Aziendale, e sotto relazionati.

Il report dei Dipartimenti di Prevenzione e Prevenzione veterinario attestano che i vari obiettivi sono stati raggiunti con:

- a) il controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile;
- b) l'effettuazione di tutte le indagini epidemiologiche rispetto alle segnalazioni ricevute, ai fini della prevenzione delle zoonosi;
- c) il monitoraggio della tubercolosi bovina con la riduzione del numero medio di giorni fra un intervento e il successivo nei casi di focolai di tubercolosi;
- d) il monitoraggio trimestrale dei focolai della brucellosi bovina e ovi-caprina;
- e) l'analisi di tutti i campioni alimentari di origine animale programmati;
- d) il controllo di tutti i ricoveri per il rifugio di cani e gatti autorizzati e attivi;
- f) l'osservanza del Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 – 2018 con il controllo degli allergeni, della presenza del sale iodato nella distribuzione, della presenza delle impurità solide negli alimenti;
- g) il controllo dei prodotti fitosanitari attraverso le ispezioni delle ditte autorizzate e delle aziende registrate;
- h) le attività di tutela ambientale con il monitoraggio delle condizioni igieniche delle Case circondariali presenti e il rispetto dei tempi di rilascio dei pareri igienico-sanitari entro i tempi previsti per le strutture socio-assistenziali, gli studi e ambulatori odontoiatrici e la realizzazione di opere pubbliche;
- i) il controllo dei cantieri edili e delle aziende agricole;
- l) la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate.

Relativamente ai programmi di vaccinazione, sono stati inseriti obiettivi specifici relativi a:

- 1.3.A Implementazione della copertura vaccinale (D.A. N. 38/2015) (in cui si sono registrate criticità rispetto al valore atteso)
- 1.3.B - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (D.A. N. 38/2015)
- 1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale nell'anno 2018 (PRP 2014/2018)
- 1.3.D - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio
- 1.3.E - Genotipizzazione virale
- 1.3.F- Notifica delle malattie infettive



In merito ai programmi di screening, sono stati inseriti obiettivi specifici relativi a:

- Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma
- Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma
- Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella
- Adesione del programma di screening del tumore della mammella
- Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto
- Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma
- Coinvolgimento e collaborazione dei MMG
- Riduzione inviti inesitati
- Accordi tra ASP e Aziende Ospedaliere per gestione CUP

Nell'allegato 2, schede del Dipartimento di Prevenzione e Prevenzione Veterinario, sono riportati i risultati raggiunti.

SCHEDA 2	
Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale	Miglioramento dell'integrazione tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere, soprattutto nell'ambito delle patologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva), attraverso il consolidamento e il monitoraggio della dimissione facilitata
	Monitoraggio nelle strutture territoriali dell'applicazione della procedura aziendale sulla Gestione integrata ospedale-territorio relativa allo scompenso cardiaco, formalizzata nell'anno 2016
	Realizzazione delle attività relative all'implementazione delle prescrizioni dematerializzate
	Monitoraggio e riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali secondo i valori target definiti negli Obiettivi di salute e funzionamento 2016-2017 dell'Assessorato della salute, anche attraverso azioni sinergiche con le Aziende ospedaliere metropolitane

Miglioramento dell'integrazione tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere, soprattutto nell'ambito delle patologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva), attraverso il consolidamento e il monitoraggio della dimissione facilitata.

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 stato 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.

I dati aziendali rilevano che la situazione è fra i distretti abbastanza disomogenea, per cui l'attività risulta più cospicua in alcuni distretti della provincia e in alcuni PTA dell'area metropolitana, mentre in qualche distretto i dati sono meno consistenti. Tale disomogeneità può essere dovuta a variabilità del numero dei pazienti residenti nei vari distretti con le patologie target che vengono segnalati dai Presidi ospedalieri.

Monitoraggio nelle strutture territoriali dell'applicazione della procedura aziendale sulla Gestione integrata ospedale-territorio relativa allo scompenso cardiaco, formalizzata nell'anno 2016.

Nell'anno 2018 l'obiettivo è stato stralciato e sostituito con quello relativo all'applicazione del percorso assistenziale sulla prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale, in considerazione della necessità di dare applicazione al Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017, e quindi di assicurare ai pazienti eleggibili il trattamento anticoagulante e ridurre il rischio di ictus. L'obiettivo perseguito dagli specialisti ambulatoriali dei distretti sanitari è stato rappresentato dalla valutazione del rischio trombotico dei pazienti con fibrillazione atriale, dal trattamento anticoagulante dei pazienti selezionati e dal monitoraggio di questi ultimi secondo quanto previsto dal percorso assistenziale. I dati aziendali rilevano una eccellente aderenza all'obiettivo (oltre il 95%) nella generalità dei distretti sanitari dell'Azienda e nei PTA dell'area metropolitana.

Realizzazione delle attività relative all'implementazione delle prescrizioni dematerializzate

A decorrere dal 16 Settembre 2013, con il DDG 1523, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 30 luglio 2010 n.122, l'Assessorato della Salute ha avviato la sostituzione dell'utilizzo delle ricette in formato cartaceo relative alle prescrizioni di farmaci con quelle equivalenti in formato elettronico.

Tale processo ha progressivamente coinvolto tutti i prescrittori, a partire dai Medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta, che ne costituiscono la quota preponderante e che avevano aderito al processo di dematerializzazione con gli accordi siglati rispettivamente con DA 118 e DA 166 del 2013 e s.m.i..

Con il DA 1523 del 12 agosto 2014 il processo di trasmissione telematica delle prescrizioni si è esteso anche alla richiesta di prestazioni specialistiche.

Gli obiettivi assegnati alle Regioni dalla normativa nazionale sono stati sfidanti ma la Regione Sicilia è riuscita a raggiungerli proprio grazie agli accordi con la medicina generale e i pediatri di libera scelta.

L'obbligo della trasmissione telematica delle ricette, oltre che per i MMG e PLS, vige anche per il personale dipendente delle Aziende o per gli Specialisti Ambulatoriali con esse convenzionate. Ciò non ostante la percentuale di medici abilitati alle prescrizioni e che utilizzano tale modalità è molto più ridotta rispetto ai MMG/PLS.

Le cause di questa scarsa partecipazione sono molteplici: la mancanza di hardware e software necessari per le prescrizioni; la mancanza di tempo (soprattutto per il personale ospedaliero); la mancanza di formazione alla prescrizione secondo norme, note e vincoli sempre in evoluzione.

Per queste ragioni, storicamente, la ricetta SSN è stata usata assai poco dai medici delle aziende che hanno demandato ai medici di famiglia o a i pediatri di libera scelta l'onere di trascrivere su ricettario SSN (e successivamente in dematerializzata) le proprie prescrizioni, tanto da creare continue tensioni tra i professionisti (fino ad introdurre con decreto - D.A. 12 agosto 2010, Regolamento di gestione delle prescrizioni e l'obbligo di segnalare su ogni prescrizione "indotta" il codice regionale del medico che ha originariamente deciso la prescrizione) e disagi per i pazienti che sono costretti a inutili passaggi dovendo ritornare dal proprio medico di fiducia per le prescrizioni.

Di fatto la percentuale di prescrizioni effettuate da MMG e PLS, favoriti come detto da specifiche incentivazioni definite negli accordi (che hanno permesso loro di aggiornare i propri software senza oneri aggiuntivi), hanno raggiunto valori superiori al 90%, mentre i tassi di prescrizione tra i medici delle aziende sanitarie, sia pur a macchia di leopardo, sono state sempre nettamente inferiori.

L'assessorato, per ovviare a tale situazione ha inserito tra gli obiettivi per i Direttori Generali di tutte le aziende sanitarie quello di incrementare le percentuali di medici aziendali o specialisti ambulatoriali convenzionati abilitati che inviino in modalità telematica e il numero di prescrizioni medie per prescrittore.

I valori attesi indicati dall'assessorato sono tutt'altro che facili da raggiungere per le difficoltà sopra descritte. Inoltre i dati del 2018 mostrano un trend negativo, peraltro difficilmente interpretabile a meno di non considerare le difficoltà legate alla implementazione del nuovo sistema informatico aziendale (Dedalus).

Attraverso tale nuovo sistema, che prevede anche la dotazione di hardware e software (in corso) per gli ambulatori l'azienda intende incrementare le percentuali dei medici in grado di prescrivere e la percentuale di prescrizioni effettuate direttamente dagli specialisti

Prescrizioni Specialistiche

	1° semestre 2018	2° semestre 2018
Medici Dipendenti Territoriali + Specialisti Ambulatoriali + Medici Ospedalieri abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata	845	810
Medici che hanno trasmesso almeno una prescrizione	610	480
% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (come risulteranno censiti ed abilitati sul sistema TS) e che avranno effettuato almeno una prescrizione	72,18%	59,26 %
Numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante nel periodo considerato (Come rilevato dal cruscotto integrato del Sistema TS)	82	252

Prescrizioni Farmaceutiche

	1° semestre 2018	2° semestre 2018
Medici Dipendenti territoriali + Specialisti Ambulatoriali abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata	n.845	810
Medici che hanno trasmesso almeno una prescrizione	n .345	243
% di medici dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (come risulteranno censiti ed abilitati sul sistema TS) e che avranno effettuato almeno una prescrizione	40,82%	30,00 %
Numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante nel periodo considerato (Gennaio — Giugno 2018), come rilevato dal cruscotto integrato del Sistema TS	n.38	35



Monitoraggio e riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali secondo i valori target definiti negli Obiettivi di salute e funzionamento 2016-2017 dell'Assessorato della salute, anche attraverso azioni sinergiche con le Aziende ospedaliere metropolitane.

Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali viene effettuato attraverso le modalità ex ante ed ex post. Le modalità ex ante ed ex post riguardano il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni previste dal Piano Regionale Tempi di Attesa (PRGTA) con classe di priorità B e D. Inoltre la modalità ex post riguarda anche ognuna delle otto seguenti prestazioni: Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica. I report di monitoraggio mettono in evidenza che, secondo la modalità ex ante, i tempi di attesa delle prestazioni con classe di priorità B e D sono garantiti complessivamente in oltre l'80% e il 90% rispettivamente e quindi il valore atteso ($\geq 90\%$) si può considerare raggiunto per le prestazioni con classe di priorità D mentre il valore ottenuto è lievemente inferiore per le prestazioni con classi di priorità B. I dati di monitoraggio ex ante per ciascuna prestazione mettono invece in evidenza uno scostamento dal valore atteso per alcune prestazioni, soprattutto per la classe di priorità B. Per quanto riguarda la modalità ex post i tempi di attesa della media delle prestazioni con classe di priorità B e D sono garantiti in circa il 66% e il 75% e quindi il valore atteso $\geq 50\%$ è stato superato. Sempre per quanto riguarda la modalità ex post, in ciascuna delle otto prestazioni previste il valore atteso $\geq 50\%$ è stato raggiunto.

SCHEDA 3
**Assistenza
Ospedaliera**

- Implementazione delle linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche secondo D. Assessorato Salute 13/3/2013 e succ. modifiche
- Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale secondo il Programma Nazionale Esiti:
 - a) miglioramento dello standard relativo alla Tempestività di interventi chirurgici a seguito di frattura di femore su pazienti > 65 anni (intervento chirurgico entro 0-2 giorni di ricovero)
 - b) miglioramento dello standard relativo alla riduzione dell'incidenza dei parti cesarei primari (ossia in donne senza un pregresso cesareo)
 - c) miglioramenti dello standard relativo all'effettuazione dell'angioplastica nell'infarto miocardico acuto con sopralivellamento del tratto ST (entro 90 minuti dal ricovero)
 - d) miglioramento dello standard relativo alla degenza postoperatoria per gli interventi di colecistectomia postoperatoria (degenza postoperatoria inferiore a tre giorni)
- Monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico per la cura delle persone anziane con frattura di femore secondo indicazioni Decreto Assessorato salute n. 2525 del 19 novembre 2015, formalizzato nell'anno 2016
- Monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico per la misurazione standardizzata della gravità della malattia, formalizzato nell'anno 2016
- Realizzazione del Programma regionale relativo alla "Misurazione della qualità percepita"
- Monitoraggio nelle strutture ospedaliere dell'applicazione della procedura aziendale sulla Gestione integrata ospedale-territorio relativa allo scompenso cardiaco, formalizzata nell'anno 2016

Implementazione delle linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche secondo D. Assessorato Salute 13/3/2013 e succ. modifiche.

Il Decreto dell'Assessorato della Salute Regione Sicilia del 24 aprile 2018 "Approvazione del Piano annuale controlli analitici 2018" ha stabilito gli elementi minimi e obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche. I controlli previsti sono: a) controlli analitici casuali ai sensi dell'art. 79 comma 1 septies legge 133 del 6/8/2008; controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza ai sensi della Direttiva 60961 del 27/5/2013. Le cartelle cliniche sottoposte a controlli da parte dell'UOC di Ospedalità pubblica di questa Azienda hanno rappresentato il 100% di quelle campionate e disponibili da parte dell'Assessorato della Salute

Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale secondo il Programma Nazionale Esiti:

Gli obiettivi assegnati all'Azienda dall'Assessorato regionale della salute riguardano alcuni indicatori (con valore atteso e valore minimo stabiliti dall'Assessorato) che fanno parte del Programma Nazionale Esiti (PNE). Il Programma Nazionale Esiti è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del nostro SSN. I risultati di PNE, attività che AGENAS svolge per conto del Ministero della Salute, sono pubblicati annualmente sul sito web dedicato. Gli indicatori utilizzati da PNE, che riguardano vari ambiti assistenziali (cardiovascolare, procedure chirurgiche, perinatale ecc.), sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (es. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni ecc.); quando non sono disponibili o misurabili in modo valido esiti diretti di salute, PNE utilizza esiti intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi. Uno degli obiettivi del PNE è rappresentato dalla valutazione comparativa tra varie strutture sanitarie soprattutto a livello regionale e locale per realizzare programmi di *auditing* clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e della qualità dell'assistenza.



Per quanto riguarda gli indicatori del Programma Nazionale Esiti misurati dall'Azienda nell'anno 2018 e cioè quelli relativi all'effettuazione dell'intervento chirurgico di frattura di femore in pazienti di età superiore ai 65 anni entro 2 giorni dal ricovero, alla limitazione dell'incidenza dei parti cesarei primari e alla degenza postoperatoria entro tre giorni dalla colecistectomia laparoscopica, i dati dell'anno 2018 presentano rispetto all'anno 2017 un miglioramento riguardo alla colecistectomia, una situazione stazionaria per la frattura di femore e di lieve peggioramento per i parti cesarei primari. Se si passano ad analizzare più nel dettaglio i dati dell'anno 2018, si rileva una situazione abbastanza disomogenea nei diversi Presidi ospedalieri. Si nota comunque che, con l'eccezione dell'indicatore relativo alla frattura di femore e di quello dei parti cesarei primari, entrambi in un solo Presidio ospedaliero, per i vari indicatori nei diversi Presidi ospedalieri è stato superato, in diversi casi in misura significativa, il valore minimo di raggiungimento dell'obiettivo stabilito dall'Assessorato regionale della salute. I valori migliori sono stati rilevati per l'indicatore relativo alla degenza postoperatoria entro tre giorni dalla colecistectomia laparoscopica, rispetto al quale in un Presidio ospedaliero lo standard di pieno raggiungimento dell'obiettivo stabilito dall'Assessorato citato è stato anche superato. I valori aziendali meno soddisfacenti si rilevano invece per gli altri due indicatori: cioè, per l'indicatore della frattura di femore, può in parte essere dovuto alle patologie associate nel paziente anziano con tale condizione, che talvolta ritardano l'effettuazione tempestiva dell'intervento chirurgico. Per quanto riguarda l'indicatore dei parti cesarei primari, i valori non pienamente soddisfacenti possono essere legati al mancato adeguamento degli standard del personale medico e ostetrico, alla non uniforme offerta a livello aziendale di parto-analgesia h24 e alla insufficiente attivazione, soprattutto in ambito metropolitano, di corsi di formazione di accompagnamento alla nascita. Per quanto riguarda gli indicatori relativi alla tempestività di esecuzione della PTCA rispettivamente entro 90' e entro 1 giorno dal ricovero (la cui attività è svolta solamente dal P.O. aziendale G. F. Ingrassia), i valori dell'anno 2018 risultano migliori rispetto all'anno 2017, osservandosi che il primo indicatore è significativamente superiore alla soglia minima stabilita dall'Assessorato alla salute e il secondo approssimandosi notevolmente al livello di pieno raggiungimento dell'obiettivo.

Monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico per la cura delle persone anziane con frattura di femore secondo indicazioni Decreto Assessorato salute n. 2525 del 19 novembre 2015, formalizzato nell'anno 2016

Il Decreto dell'Assessorato regionale della Salute citato e il percorso diagnostico-terapeutico redatto a livello aziendale sulla base del Decreto prevedono il monitoraggio di alcuni indicatori relativi a: riduzione del tempo di permanenza in Pronto soccorso; garanzia del trattamento chirurgico a tutti i pazienti del target, di appropriati volumi di attività, della tempestività dell'intervento chirurgico, di mobilitazione precoce e di efficace intervento di riabilitazione; realizzazione di audit multiprofessionali; adozione di protocolli clinici che riguardano la gestione della patologia; pianificazione di dimissione precoce. Nell'anno 2018 le strutture aziendali delle U.O.C. Ospedalità pubblica e UU.OO. di Ortopedia e traumatologia dei PP.OO. hanno effettuato il monitoraggio di tali indicatori.

Monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico per la misurazione standardizzata della gravità della malattia, formalizzato nell'anno 2016

Il monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico aziendale, effettuato dalle UU.OO. dei PP.OO., riguarda l'applicazione del NEWS (National Early Warning Score), che si fonda sulla registrazione routinaria di parametri fisiologici come base di un sistema di "allarme precoce" per migliorare la diagnosi nell'acuzie e la capacità di cogliere un'eventuale deterioramento delle funzioni fisiologiche nelle fasi acute di malattia, prima che eventuali danni precipitino a cascata. Ciò fondamentalmente al fine di fare intervenire rapidamente i professionisti adeguati e assistere il paziente in setting assistenziali appropriati. In pratica per ogni paziente l'infermiere compila una scheda in cui vengono registrati i parametri fisiologici, sulla base dei quali è calcolato un punteggio che condiziona i tempi di monitoraggio degli stessi parametri e la richiesta precoce di intervento dei professionisti adeguati e/o il passaggio a un setting assistenziale più adeguato.

Realizzazione del Programma regionale relativo alla "Misurazione della qualità percepita"

Il programma regionale prevede la somministrazione, tramite intervista telefonica, ai pazienti che sono stati ricoverati o che hanno effettuato una visita ambulatoriale, di un questionario di soddisfazione relativo alla loro esperienza. Il questionario di soddisfazione è distinto per la qualità dei servizi di ricovero e per la qualità dei servizi ambulatoriali, e la sua somministrazione presuppone un'informativa e un'acquisizione del consenso dei pazienti, che vengono effettuati durante la fase assistenziale. Il questionario riguardante il ricovero esplora tra l'altro la soddisfazione del paziente riguardo l'assistenza da parte degli infermieri, l'assistenza da parte dei medici e l'ambiente ospedaliero. Anche il questionario riguardante l'attività ambulatoriale esplora la soddisfazione del paziente circa l'assistenza da parte degli infermieri e quella da parte dei medici, oltre ad aspetti generali del servizio.



Nell'anno 2018 l'attività relativa al programma è stata espletata in questa Azienda in 3 fasi: 1) Somministrazione dell'informativa e acquisizione del consenso; 2) Caricamento dei dati sulla piattaforma informatica qualitasiciliassr.it; 3) Intervista telefonica ai pazienti.

L'aderenza al programma è stata totale in quanto sono state effettuate ai pazienti ricoverati e ai pazienti ambulatoriali le interviste telefoniche previste dall'Università di Palermo (Corso di Laurea in Scienze statistiche), che ha supportato il programma per gli aspetti scientifici.

Monitoraggio nelle strutture ospedaliere dell'applicazione della procedura aziendale sulla Gestione integrata ospedale-territorio relativa allo scompenso cardiaco, formalizzata nell'anno 2016.

Nell'anno 2018 l'obiettivo è stato stralciato e sostituito con quello relativo all'applicazione del percorso assistenziale sulla prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale, in considerazione della necessità di dare applicazione al Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017, e quindi di assicurare ai pazienti eleggibili il trattamento anticoagulante ai fini della riduzione del rischio di ictus. L'obiettivo perseguito dalle UU.OO. ospedaliere di medicina interna di tutti i PP.OO. aziendali e di cardiologia del P.O. Civico di Partinico è stato rappresentato dalla valutazione del rischio trombotico dei pazienti con fibrillazione atriale e dal trattamento anticoagulante dei pazienti selezionati. I dati aziendali rilevano una eccellente aderenza all'obiettivo (oltre il 95%) in tutte le UU.OO. L'obiettivo perseguito dall'U.O. di Cardiologia del P.O. G.F. Ingrassia di Palermo è stato invece rappresentato nei pazienti con fibrillazione atriale e sindrome coronarica acuta dall'indicazione nella relazione di dimissione del tipo e dei tempi di terapia antiaggregante e anticoagulante e anche in questo caso l'aderenza è stata di oltre il 95%.

SCHEDA 4	
Integrazione socio-sanitaria	- Presa in carico dei pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio e Residenza sanitaria assistita-territorio

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.

Per il perseguimento dell'obiettivo strategico, sono stati individuati i seguenti obiettivi indicatori:

indicatore	Valore atteso 2018	Valore raggiunto 2018
5.1 N. pazienti con segnalazione di dimissione protetta da parte degli Uffici territoriali / dato medio biennio 2016-2017	>= 98%	6.736 / 6.170 >100%
5.2 N. pazienti con presa in carico territoriale / N. pazienti segnalati per dimissione protetta dagli Uffici territoriali	>= 70%	87%
5.3 N. Uffici territoriali con procedura informatizzata di trasmissione della segnalazione di dimissione protetta / N. Uffici territoriali	>=6/14	6/14
5.4 N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2018 / dato medio biennio 2016/2017	>= 95%	14.781 / 12.767 >100%
6.1 N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani	>= 35%	371 / 954 39%

Gli indicatori di risultato assegnati all'UOC sono solo apparentemente numerici in quanto sono anche di qualità per i motivi di seguito esposti.

L'indicatore 5.1 viene infatti individuato con una formula che tiene conto dell'attività dell'ultimo biennio nella quale il valore atteso (numerico) deve essere superiore al 98% ma che va correlato con l'obiettivo 5.2 (di qualità) nel quale il valore atteso > al 70% (riscontro di attivazione del servizio/numero di casi segnalati) impegna l'UOC a conteggiare solo i casi "oggettivi e realizzabili" di segnalazione di dimissione protetta per pazienti veramente non autosufficienti non includendo i cronici oggetto delle "dimissioni facilitate".



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.

Con la stessa logica di "appropriatezza" dell'assistenza sono stati elaborati gli indicatori dei punti 5.4 e 6.1:

- il 5.4 correla il numero totale degli assistiti in ADI al numero degli anziani in ADI (criterio di qualità ed indicatore nazionale nell'ambito dell'obiettivo 06 QSN 2007/2013) e il valore atteso pari al 95% è anch'esso correlato alla già ottimale assistenza erogata nel biennio precedente.
- Il 6.1 individua invece un innovativo percorso di dimissione protetta Territorio-Territorio in quanto misura quanti pz secondo la logica di "umanizzazione delle cure" vengono inseriti/accompagnati in ADI dopo la dimissione dalle RSA. Mantenere pertanto l'obiettivo del 35% è dimensionato alle reali necessità del paziente che rientra a domicilio sotto l'aspetto dell'appropriatezza assistenziale.

SCHEDA 5	
Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio dell'applicazione del percorso nascita con presa in carico delle gravidanze fisiologiche nei consultori e delle gravidanze a rischio nei punti nascita ospedalieri - Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e della sicurezza delle cure neonatali e garanzia degli standard e dei requisiti di sicurezza dei punti nascita

Monitoraggio dell'applicazione del percorso nascita con presa in carico delle gravidanze fisiologiche nei consultori e delle gravidanze a rischio nei punti nascita ospedalieri

I report di monitoraggio evidenziano che il 100% delle gravidanze a rischio individuate dai consultori familiari sono state inviate ai punti nascita mentre la percentuale delle gravidanze fisiologiche prese in carico dai punti nascita si attesta sotto il 5%.

Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e della sicurezza delle cure neonatali e garanzia degli standard e dei requisiti di sicurezza dei punti nascita

L'obiettivo assegnato all'Azienda dall'Assessorato regionale della salute prevede:

- a) la compilazione di una check list per la verifica degli standard di riorganizzazione dei punti nascita;
- b) il monitoraggio di alcuni indicatori per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali, differenziati per i Punti nascita senza UTIN (garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute, con ricovero per più di 1 giorno, e riducendo il tasso di trasferimento dei neonati pretermine entro le prime 72 ore) e per i Punti nascita con UTIN (migliorando il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio, se dovuto, dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura, e definendo i criteri di ricovero in Terapia intensiva neonatale e Patologia neonatale).

Per quanto riguarda il punto a (compilazione di check list) il report aziendale evidenzia che tale adempimento è stato effettuato dai vari Punti nascita, mentre per quanto riguarda il punto b (miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali) il report evidenzia il raggiungimento dei valori attesi degli indicatori, ad eccezione di quello relativo al tasso di trasferimento dei neonati pretermine entro le prime 72 ore nei Punti nascita senza UTIN, che per l'anno 2018 non appariva raggiungibile per tali Punti nascita dislocati in contesto extraurbano, senza un sensibile aumento del rischio clinico a causa della situazione logistica e orogeografica degli stessi, della persistente carenza di personale e della definizione ancora non completata della rete ospedaliera regionale.

SCHEDA 6	
Salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria infantile: Applicazione delle procedure aziendali sulla “Gestione degli interventi in favore dei minori vittime di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie” e sulla “Individuazione e presa in carico del minore portatore di handicap ai fini dell’inserimento scolastico” - Dipendenze patologiche: Presa in carico di pazienti con comorbidità psichiatrica, con comorbidità infettiva, con gioco d'azzardo problematico - Moduli dipartimentali Salute mentale: Presa in carico di pazienti in terapia long acting, Presa in carico di pazienti dimessi da Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura

Neuropsichiatria infantile: Applicazione delle procedure aziendali sulla “Gestione degli interventi in favore dei minori vittime di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie” e “Individuazione e presa in carico del minore portatore di handicap ai fini dell’inserimento scolastico”.

Il documento aziendale “Gestione degli interventi in favore dei minori vittime di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie” ha fra i suoi scopi quelli di attribuire e rendere più identificabili le responsabilità sul caso e favorire la continuità assistenziale nei percorsi di cura migliorando il raccordo intraaziendale e interistituzionale. Il report di monitoraggio degli indicatori di applicazione del percorso (fra cui la trasmissione alle UU.OO. di Neuropsichiatria infantile entro 30 giorni dei casi segnalati dal Tribunale dei minori) riporta il raggiungimento del valore atteso previsto.

La procedura aziendale “Individuazione e presa in carico del minore portatore di handicap ai fini dell’inserimento scolastico” ha lo scopo di standardizzare tale processo al fine di migliorarlo e uniformarlo in tutta l’azienda, garantendo l’aderenza delle modalità della presa in carico del minore disabile e di tutto il percorso di integrazione, alla luce della normativa vigente specifica. Il report di monitoraggio evidenzia che gli indicatori di applicazione della procedura relativi al rilascio di verbali di collegio tecnico entro 30 giorni dalla richiesta dei genitori e al rilascio dei certificati di medici a uso scolastico rispetto ai verbali di collegio tecnico hanno ottenuto una misura del 100%

Dipendenze patologiche: Presa in carico di pazienti con comorbidità psichiatrica: con comorbidità infettiva, con gioco d'azzardo problematico.

L’obiettivo relativo alla presa in carico di pazienti con comorbidità psichiatrica e comorbidità infettiva, pazienti più complessi che richiedono una gestione dedicata, ha riscontrato un’eccellente aderenza nei Servizi di Dipendenze patologiche (rispettivamente del 100% e del 98,73%).

Anche l’obiettivo relativo alla presa in carico di pazienti con gioco d’azzardo problematico, tipo di dipendenza che può essere particolarmente devastante, risulta raggiunto, in quanto come era stato prefissato, i Servizi hanno preso in carico un numero di numero di pazienti superiore a quello del 2018.

Moduli dipartimentali Salute mentale: Presa in carico di pazienti in terapia long acting, Presa in carico di pazienti dimessi da Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura.

Si tratta di obiettivi che hanno lo scopo rispettivamente di prevenire l’abbandono da parte dei pazienti del progetto terapeutico intrapreso (più probabile in questo tipo di pazienti che in altri), e assicurare la gestione territoriale di pazienti dimessi dai Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura per evitare il ripetersi di situazione di acuzie e quindi il ripetuto ricorso a tali Servizi.

La presa in carico di pazienti in terapia long acting è stata misurata nei moduli dipartimentali attraverso 2 indicatori: uno relativo alle misure proattive applicate a tali pazienti per la prevenzione del drop out e l’altro relativo alla persistenza della presa in carico al 31 dicembre 2018 rispetto a quelli censiti al 1° gennaio 2018. I dati dei report dei Moduli di salute mentale evidenziano che l’obiettivo è stato raggiunto in tutte le strutture in almeno il 90%.

Anche l’obiettivo relativo alla presa in carico di pazienti dimessi dai Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura (riferita al primo episodio psicotico ed entro 5 giorni dalla dimissione) è stato raggiunto in tutti i Moduli dipartimentali in almeno il 90% dei pazienti.

SCHEDA 7	
<p>Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei pazienti</p>	<p>Miglioramento del livello delle prestazioni relative alla Qualità e Sicurezza dei pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione e gestione degli eventi avversi e inserimento degli eventi sentinella nel flusso SIMES nell'ambito del programma di controllo del rischio clinico - Attività di osservazione sulla corretta applicazione della check list in sala operatoria - Adesione al programma regionale Global trigger tool per l'individuazione degli eventi avversi attraverso l'analisi delle cartelle cliniche e realizzazione di corsi formativi dedicati - Svolgimento di audit per gli indicatori del Programma nazionale esiti e per le strutture segnalati dall'Assessorato della salute - Adesione al programma regionale di misurazione della qualità percepita - Effettuazione delle indagini di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza previste dal programma regionale - Realizzazione delle attività relative alla sorveglianza delle infezioni ospedaliere - Realizzazione delle attività di promozione della salute previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018

Incident reporting: eventi avversi e near miss.

La segnalazione volontaria di incidenti correlati alla sicurezza delle cure (near miss/quasi eventi - eventi senza danno, eventi avversi) prevede la trasmissione di un'apposita scheda di segnalazione, che può essere inviata anche in forma anonima, pubblicata sul sito internet aziendale. Al fine di definire ed uniformare le modalità di gestione della comunicazione nel rischio clinico ed in riferimento a quanto specificato nelle "Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in Sanità" del Ministero della Salute (giugno 2011), è stato definito e trasmesso a tutte le UU.OO. assistenziali di questa Azienda il regolamento sulla comunicazione di eventi avversi e di eventi senza esito. Gli obiettivi del regolamento riguardano la comunicazione degli eventi avversi di particolare gravità (*Adverse event*) cioè quegli eventi inattesi correlati al processo assistenziale e che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile e degli eventi senza esito (*Near Miss Event*), cioè quegli errori che hanno la potenzialità di causare eventi avversi ma che non hanno provocato conseguenze per caso fortuito, o perché intercettati. Tutte le schede trasmesse alla UO Qualità vengono inserite in un apposito database per la gestione del Rischio Clinico. Dal punto di vista operativo, a seguito della segnalazione, il team Rischio Clinico contatta l'U.O. dove si è verificato l'evento e viene avviata un'analisi preliminare dell'accaduto, con lo scopo di definire se l'evento, con o senza esito, è da considerarsi un evento avverso. Se l'evento è con esito e rientra nelle categorie di gravità da moderato a severo, oppure se l'evento è senza esito ma dall'analisi dei dati raggruppati viene stabilita una frequenza elevata (più di tre eventi nell'anno), vengono predisposti dei piani di miglioramento per evitare che l'evento possa ripetersi e viene effettuata una restituzione dell'analisi preliminare all'U.O. coinvolta, mediante audit.

Dal 01.01.2018 al 31.12.2018 sono pervenuti a questa U.O. Qualità n. 92 eventi avversi, tra ospedale e territorio, di cui 46 con esito. La maggioranza di questi riguarda l'evento "caduta del paziente" (34,8%) seguito dall'evento "atti di violenza a danno di operatore". A seguito dell'analisi degli episodi segnalati, si è pertanto provveduto a elaborare dei piani di miglioramento ad uopo per ogni struttura coinvolta, in relazione all'evento occorso. Per quanto riguarda le cadute, dai sopralluoghi e dagli audit effettuati, il più delle volte le cause sono state ascrivibili ad una inefficace comunicazione sul reale rischio di caduta e sulle strategie per evitarlo, tra operatori e pazienti e/o ad abitudini errate dei pazienti e del personale sanitario e parasanitario che opera con i pazienti in prima persona; per cui i piani di miglioramento sono stati incentrati sulla necessità di sradicare tali comportamenti e sulla definizione di una serie di atti preventivi, che sono meglio precisati nella procedura aziendale sulla prevenzione delle cadute, in atto in corso di revisione ed implementazione. In seguito, è stata prevista l'organizzazione di nuovi incontri con tutto il personale delle UU.OO. coinvolto negli eventi "caduta del paziente", per spiegare nuovamente la procedura, illustrarne le modifiche apportate e condividere gli atti preventivi messi in essere.

Per quanto riguarda invece gli eventi relativi all'aggressione del personale sanitario e parasanitario nelle UU.OO. di questa ASP, sono stati effettuati numerosi audit per individuarne le possibili cause. Tra queste, la comunicazione efficace

rappresenta un elemento fondamentale per la prevenzione delle cadute. Inoltre occorre specificare che molti degli eventi segnalati si sono verificati presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) Pertanto si è provveduto ad organizzare un corso di formazione relativo alla prevenzione degli atti di aggressività e violenza a danno degli operatori sanitari, in ambito ospedaliero e territoriale.

Gestione degli Eventi Sentinella

Il Ministero della Salute definisce evento sentinella un “evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione”.

La gestione degli eventi sentinella nell’ASP di Palermo da parte del Rischio Clinico è descritta nel Regolamento “Gestione degli Eventi Sentinella” pubblicato sul sito aziendale.

Nel 2018 si sono verificati undici eventi sentinella di cui sei in strutture dell’ASP Palermo e cinque in case di cura convenzionate. Tutti gli eventi sono stati registrati ed inviati tramite flusso SIMES. Per tutti gli eventi sentinella avvenuti presso questa ASP sono stati effettuati Audit o RCA e sono stati definiti i piani di miglioramento.

Eventi Sentinella segnalati e validati nel 2018 (Scheda A e Scheda B)		Struttura Sanitaria	
		ASP	Case di Cure
1	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	0	1
2	Morte o grave danno per caduta di paziente	3	2
3	Atti di violenza a danno di operatore	3	2
Totale		6	5

Tab. 1 – Eventi Sentinella al 31.12.2018

A seguito dell’analisi relativa agli eventi sentinella, sono stati predisposti specifici piani di miglioramento di cui si elencano i prioritari:

- Ridistribuzione della raccomandazione ministeriale n. 8 “Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”.
- Corso di formazione sulla gestione del rischio clinico nel territorio.
- Corso di formazione sulla prevenzione degli atti di aggressività e violenza a danno degli operatori sanitari, in ambito ospedaliero e territoriale.
- Monitoraggio degli accessi al PS attraverso la distribuzione di tesserino identificativo a ciascun visitatore.
- Attivazione dell’ambulatorio integrato dei codici bianchi.
- Audit clinico sulla corretta valutazione e gestione del rischio cadute. Target: medici ed infermieri.
- Revisione della procedura aziendale sulla prevenzione delle cadute con specificità relative ai pazienti fragili.
- Revisione protocollo per la gestione della contenzione in SPDC.
- Corso di formazione sulla gestione della contenzione in SPDC.
- Audit clinico sulla corretta valutazione e gestione del rischio cadute, con particolare riferimento alle problematiche organizzative e di comunicazione.

Per tutti i piani di miglioramento, è stato previsto il monitoraggio periodico e relativa rendicontazione.

Programma per il corretto utilizzo della Checklist di Sala Operatoria

Come previsto dal “Programma per il corretto utilizzo della checklist di sala operatoria” (GURS 24/01/2014 n. 4), la nuova checklist per la sicurezza in sala operatoria è stata implementata in tutte le Sale Operatorie. Nel 2018 è stato monitorato il processo di applicazione della checklist di sala operatoria, con particolare attenzione alla tempistica e alle modalità di attuazione; in particolare sono state monitorate con osservazione diretta le sale operatorie dei PP.OO. di questa Azienda. Sono state effettuate n. 22 *on-site visit* e la presenza di corretta applicazione della checklist è risultata nel 100%.

Programma regionale Global Trigger Tool

Nell’ambito del progetto di Piano Sanitario Nazionale anno 2013, l’Assessore Regionale della Salute, ha approvato il progetto dal titolo “Strumenti per migliorare la sicurezza del paziente: monitoraggio Global Trigger Tool, eventi avversi, eventi sentinella per migliorare l’implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti” presentato dall’Azienda Ospedaliera Universitaria “Policlinico Vittorio Emanuele Catania”. Il sistema Global Trigger Tool (GTT) è una metodica di gestione del rischio clinico e di monitoraggio delle azioni correttive, che consiste nell’analisi retrospettiva



di campioni di cartelle cliniche, diretta alla ricerca di una serie codificata di indicatori di possibili eventi avversi. Nel corso del 2015 è stato avviato il programma di formazione finalizzato alla costituzione del team di verifica, rivolto agli operatori delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie siciliane che sono stati selezionati da un'apposita commissione.

Il team di verifica di questa Azienda è stato composto inizialmente da otto operatori di cui sei dirigenti medici provenienti dai PP.OO. coadiuvato dall'UU.OO. Qualità.

Il progetto ha previsto anche l'individuazione delle UU.OO. che saranno sottoposte a verifica attraverso la metodologia GTT e, nella nostra Azienda, sono state individuate le UU.OO. di Medicina Interna e di Chirurgia Generale del P.O. "G. F. Ingrassia". Nel luglio 2016, al fine di poter ampliare l'attività di revisione e quindi di estendere l'applicazione della metodologia *Global Trigger Tool* in altre UU.OO., si era resa necessaria l'emanazione di un nuovo bando assessoriale per l'arruolamento di nuove ed ulteriori unità di personale per lo svolgimento di attività di revisione e supervisione. Pertanto da Gennaio 2017, il team di questa azienda si è ampliato risultando composto da quattordici referenti, di cui sei dirigenti medici, cinque infermieri e tre operatori delle UU.OO. Qualità.

Nel 2018 il campionamento delle cartelle cliniche con metodologia *Global Trigger Tool* (GTT), ha coinvolto le seguenti UU.OO.CC.: Medicina, Chirurgia, Ostetricia e Geriatria.

Audit sulla qualità dei dati Programma Nazionale Esiti 2017

A seguito di richiesta dell'Assessorato della salute relativa all'attivazione di audit per verificare la correttezza delle diagnosi delle cartelle cliniche relative ad alcuni indicatori del Programma Nazionale Esiti per i PP.OO. G.F. Ingrassia, Civico di Partinico, Madonna dell'Alto di Petralia sottana e Dei Bianchi di Corleone, l'Unità Operativa Qualità, unitamente all'UOC Coordinamento Staff Strategico, ha supportato e monitorato la realizzazione dell'audit da parte dei Presidi ospedalieri e ha inoltrato all'Assessorato le risultanze dell'audit congiuntamente a UOC Coordinamento Staff Strategico, UOC Ospedalità Pubblica e Direzione Sanitaria.

Miglioramento della Qualità percepita dall'utente

La Qualità percepita dall'utente è regolamentata dal 2016 dalla Direttiva dell'Assessorato della Salute del 3 maggio 2016 "Monitoraggio delle Attività del Programma Valutazione della Qualità percepita dei Servizi erogati e della soddisfazione clienti dei servizi di ricovero e cura in ospedale, dei Servizi Day hospital e Day surgery e dei servizi diagnostici ambulatoriali".

Tale programma, che ha previsto un piano di interviste annuali agli utenti degenti in ospedale e che hanno fruito dei servizi diagnostici e ambulatoriali, è stato individuato come obiettivo per i Direttori Generali delle Aziende sanitarie e inserito nell'Area 2 "Governare Clinico, Qualità e Sicurezza dei pazienti" del Piano attuativo nell'ambito degli obiettivi di Salute e funzionamento delle Aziende sanitarie siciliane 2016-2017.

L'Assessorato della Salute ha elaborato i risultati delle interviste e con la Direttiva del 20/12/2017 ha individuato i criteri per predisporre i piani di miglioramento per le risposte che esprimono maggiori criticità.

A tal fine l'ASP ha individuato un gruppo di lavoro, al quale partecipa l'U.O. Qualità, con il compito di predisporre un piano di azioni di miglioramento da assegnare da parte della Direzione Aziendale alle relative strutture.

Supporto al Progetto regionale "Umanizzazione delle strutture di ricovero"

Il progetto regionale "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" inserito nella Ricerca autofinanziata 2015 promossa da Agenas ha previsto nell'anno 2017 la rilevazione nei Presidi Ospedalieri Aziendali della presenza di una serie di requisiti dell'area di umanizzazione.

La rilevazione degli item di tale check list è stata effettuata da un'équipe mista locale (individuata con la delibera aziendale n.225 del 10/04/17) composta da una componente aziendale (comprendente anche personale dell'U.O. Qualità) e componente civica.

Nell'anno 2018 l'Assessorato della Salute ha richiesto, con la nota DASOE/8 n. 33160 del 27/4/2018 e con l'allegato "Documento di indirizzo per la predisposizione ed il monitoraggio dei Piani di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", di predisporre un piano di miglioramento per gli item della check list che non risultavano pienamente soddisfatti. L'U.O. Qualità ha partecipato insieme all'équipe mista locale e ai Presidi Ospedalieri al percorso previsto dall'Assessorato che ha condotto all'identificazione degli item su cui predisporre i piani di miglioramento e successivamente alla approvazione di questi ultimi da parte della Direzione Aziendale e alla loro pubblicazione sul sito aziendale (www.asppalermo.org/pagina.asp?ID=485).

Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere (CIO)

Nel corso del 2018, in collaborazione con il Comitato Infezioni Ospedaliere Aziendale (CIO) e con l'UO Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche di questa Azienda, sono state effettuate delle attività inerenti la prevenzione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza) e, nello specifico, è stata definita una checklist attraverso la quale effettuare

il monitoraggio dei parametri estrapolati dalla Gazzetta Ufficiale N.18 del 20 Aprile 2001 *“Lotta contro le infezioni ospedaliere; elementi oggetto di valutazione per la verifica del raggiungimento degli obiettivi”* che è stata utilizzata per la valutazione delle azioni efficaci per la prevenzione delle infezioni ospedaliere presso le UU.OO. del Presidi Ospedalieri.

Prevenzioni delle infezioni del sito chirurgico

Uno dei problemi emergenti negli ultimi anni in ambito sanitario è l’aumento dell’insorgenza negli ambienti ospedalieri di infezioni da parte di ceppi resistenti agli antibiotici. Fra le infezioni che possono insorgere in seguito ad un ricovero ospedaliero hanno un ruolo di rilievo le infezioni del sito chirurgico.

Allo scopo di prevenire queste ultime, in collaborazione con il Comitato delle Infezioni Ospedaliere (CIO), ed insieme ad operatori sanitari del P.O. Ingrassia, è stata elaborata la procedura PR033DIR02100 dal titolo *“Bundle per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico”* che prevede l’applicazione di alcuni interventi/comportamenti *evidence-based* nei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico.

Gli elementi previsti nel *bundle* sono stati integrati nella checklist di sala operatoria, al fine di monitorarne l’applicazione puntuale laddove indicato. A seguito della procedura sono stati effettuati corsi di formazione al personale ed è stato avviato un programma di monitoraggio informatico delle infezioni del sito chirurgico.

Realizzazione delle attività di promozione della salute previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018

Nel quadro dei *‘Piano Aziendale di Prevenzione 2016’*, approvato e adottato con delibera n. 489 del 30/06/2016, sono stati programmati gli interventi aziendali finalizzati all’attuazione del medesimo Piano e sono stati individuati per ciascuna azione i responsabili/referenti aziendali, nonché le UOC /Servizi Dipartimentali di competenza.

Al contempo, sono stati adottati il *Piano Aziendale per l’Educazione e Promozione della Salute* ed è stata stipulata la *“Convenzione-Protocollo d’Intesa: “Una nuova alleanza per la salute dei bambini, degli adolescenti e dei giovani nel territorio provinciale di Palermo”* con l’Ufficio Scolastico Regionale - Ambito Territoriale Provinciale di Palermo, in relazione ai quali si sono sviluppati numerosi interventi di Educazione e Promozione alla salute - rivolti a target delle diverse fasce d’età — sia relative al Piano Aziendale di Prevenzione e al Piano Regionale di Prevenzione, sia su richiesta delle singole scuole o istituzioni locali e spesso in collaborazione con associazioni del terzo settore o del volontariato. L’Unità Operativa di Educazione e Promozione della Salute aziendale (UOEPSA), in tale contesto, ha curato nel corso del 2018, un costante coordinamento e collegamento funzionale tra i diversi soggetti coinvolti, attivando risorse umane, istituzionali e materiali e collegandole nel lavoro di rete previsto dalle proprie finalità istituzionali. Tale lavoro di coordinamento si è concretizzato nella partecipazione alle riunioni tecniche dei Gruppi operativi di Progetto e ai tavoli tecnici Provinciali e Regionali organizzati presso la AP o le altre istituzioni-partner (DASOE, EE LL Uff. Scol. Prove AA.OO., ecc).

In particolare, è stato curato il coordinamento funzionale tra gli operatori della Rete, referenti per la progettazione delle azioni di educazione e promozione della salute connessi al PRP 2014-18 (attività prorogate al 2019 con DA 733/2018) e del P.A.P. vigente, sui seguenti obiettivi:

➤ M.O. 1 *“Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili”*, comprendente 6 linee d’azione:

- Ob. centrale 3: Promozione della salute in ambiente scolastico: *“Life Skills e Resilienza. Strategie efficaci per promuovere la salute a scuola”*.
- Ob. centrale 4 e 5: Promozione della salute in ambiente di lavoro: *“Politiche attive per la prevenzione, la tutela dal fumo passivo e la disassuefazione dalla dipendenza tabagica”*
- Ob. centrale 9: Promozione della salute in ambiente di lavoro: *“Promozione attività fisica 28-69 anni”*
- Ob. centrale 10: *“Aumentare l’offerta di approccio comportamentale e farmacologico per soggetti a rischio MCNT (età 45-69)”*
- Ob. centrale 2: *“Promozione dell’allattamento al seno”*
- Progetto FED: *Formazione educatori FED e implementazione Rete FED*

➤ M.O. 5 *“Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti”*

➤ M.O. 6 Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti

➤ Screening scolastici

➤ Ulteriore attività di coordinamento ha guardato la realizzazione degli interventi, presso le scuole richiedenti, di *‘Formazione in situazione’* finalizzati ad addestrare U personale scolastico all’uso appropriato dei farmaci salvavita e alle norme di primo soccorso per gli alunni con patologie che potrebbero richiedere interventi di emergenza.

L’attivazione della Rete dei referenti delle UOEPSD impegnati nello sviluppo delle azioni di PRP e PAP è consistito nel lavoro di contatto, connessione e supporto alla progettazione e alla realizzazione, attraverso riunioni formalmente concordate e contatti quotidiani informali



Di seguito il dettaglio dello stato di avanzamento delle attività per la realizzazione dei progetti di educazione e promozione della salute connessi ai PRP 2016-18 e al P.A.P. Pluriennale:

**

PSN 2014 Azione 4.1.2 - PROGRAMMA DI PROMOZIONE SALUTE NEI SOGGETTI A RISCHIO DI MCNT

Progetto completo e validato in attesa di delibera.

Realizzazione di attività preliminari di screening e di counselling su campioni di popolazione in diverse località della Provincia

**

PSN 2014 Azione 4.1.1 - PROGRAMMA REGIONALE PROMOZIONE DELLA SALUTE E LOTTA AL TABAGISMO, ABUSO DI ALCOL, SEDENTARIETA'

Suddiviso in 4 sub progetti di cui: 1 (Life Skills e Resilienza) con attività avviate affidate ad Associazione selezionata tramite Avviso pubblico; 1 (Promozione salute e lotta al tabagismo) con progetto completo, validato e in attesa di delibera: altri 2 (Promozione attività fisica 18-69 anni e Promozione Allattamento al seno) con progetti completi in attesa di validazione e delibera.

**

PSN 2014 Azione 4.6.1 - PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI E I LORO ESITI

Progetto completo e validato in attesa di delibera. Attività in corso su progetto precedente con gruppi di anziani e coordinamento coi altri enti e associazioni.

**

PSN 2014 Azione 4.5.1 - PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI E I LORO ESITI

In fase di progettazione

**

PRP 2014-18

PROGRAMMA FED (Formazione, Educazione, Dieta)

Realizzati 2 corsi per ca. 50 operatori in tema di corretta alimentazione e attivazione della RETE FED con incontri individuali e di gruppo

SCREENING SCOLASTICI

Attività in corso in oltre 80 scuole nel territorio dell'ASP

**

PSN 2014 Azione 4.8.11 - Corretto uso dei cellulari

Stipula della convenzione con l'Associazione selezionata tramite bando pubblico e lavori avviati

**

PSN 2014 azione 4.8.12 - Sensibilizzazione sui rischi legati all'eccessiva esposizione ai raggi UV

Associazione del Terzo settore selezionata tramite Avviso pubblico in attesa di formalizzazione dell'incarico con convenzione

SCHEDA 8	
Spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Miglioramento del governo della spesa del settore farmaceutico anche con interventi mirati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale

Questo obiettivo strategico è stato assegnato al Dipartimento Farmaceutico con l'individuazione di obiettivi operativi e correlati indicatori di cui si riassumono le risultanze.

Obiettivo 5. - Contenimento della spesa farmaceutica

Indicatore 5.1	Valore atteso 2018	Valore raggiunto 2018
Realizzazione delle attività di pertinenza relative al raggiungimento dell'obiettivo BENI e SERVIZI: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia. ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE E OSPEDALIERA: Rispetto delle risorse negoziate annualmente in ciascuno dei tre anni di mandato	Si	Si

Realizzazione delle attività di pertinenza relative al raggiungimento dell'obiettivo BENI E SERVIZI:

Il Dipartimento Farmaceutico ha operato nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Aziendale sugli acquisti in economia. Gli acquisti in economia sono centralizzati presso il Dipartimento al fine di uniformare i prezzi di acquisto con la richiesta di attivazione di trattative valide per tutta l'ASP di Palermo.

La centralizzazione è utile anche per un monitoraggio delle richieste al fine di evitare acquisti, in economia, di prodotti esistenti nelle gare aziendali.

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE E OSPEDALIERA: Rispetto delle risorse negoziate annualmente in ciascuno dei tre anni di mandato.

Il Dipartimento ha operato nel rispetto delle risorse negoziate annualmente in ciascuno dei tre anni di mandato. La spesa relativa a tutte le attività svolte dalle farmacie ospedaliere e/o territoriali (Poli di distribuzione) rientra pienamente nel budget negoziato dalla Direzione Strategica con l'Assessorato della Salute.

Il tetto di spesa previsto dalle norme e dalle disposizioni nazionali e regionali per i beni sanitari è centralmente attribuito al Dipartimento Farmaceutico, che assegna trimestralmente alle singole farmacie ospedaliere e/o territoriali un budget specifico, ripartito per i conti economici di pertinenza.

Farmacie PP.00. e Territoriali

Le risorse assegnate all'area farmaceutica aziendale vengono negoziate a livello di macrostruttura. Le singole farmacie ospedaliere o territoriali si attengono per quanto possibile al rispetto del tetto rappresentato dalle assegnazioni periodiche (trimestrali) effettuate dal Direttore del Dipartimento.

In tale contesto organizzativo, le singole farmacie ospedaliere e/o territoriali rispettano il budget attribuito, avanzando al Dipartimento Farmaceutico le richieste di storni o di integrazioni che si rendono via via necessarie in rapporto alle dinamiche di funzionamento dei Presidi Ospedalieri e dei presidi sanitari dei Distretti, nonché in funzione della casistica e della relativa numerosità dei Piani Terapeutici per Farmaci in Distribuzione Diretta.

UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia (Farmaceutica convenzionata)

Un notevole contributo al raggiungimento dell'obiettivo è fornito dalla UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia.

La spesa farmaceutica convenzionata rientra pienamente nel budget negoziato dalla Direzione Strategica con l'Assessorato alla Salute.

Il tetto di spesa previsto dalle norme e dalle disposizioni nazionali e regionali per la farmaceutica convenzionata è centralmente attribuito al Dipartimento Farmaceutico, che nel rispetto di tale tetto, assegna un budget specifico, ripartito per i conti economici di pertinenza.

Obiettivo 4. - Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato

Indicatore 4.1	Valore atteso 2018	Valore raggiunto 2018
Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018/importo budget 2018 assegnato sul sistema informatico	<1	SI € 167.716.259 / €170.000.000

L'obiettivo del contenimento della spesa farmaceutica è stato raggiunto con una riduzione del 3,9% Vs anno 2017.

La spesa farmaceutica convenzionata netta al 30.12.18 ha fatto registrare una diminuzione (Vs 2017) di : - € 2 milioni pari al -3,90%

L'Ufficio DPC provvede all'acquisto dei farmaci in fascia A-PHT erogati in DPC dalle farmacie private convenzionate nel rispetto del tetto rappresentato dalle assegnazioni periodiche (trimestrali) effettuate dal Direttore del Dipartimento, avanzando al Dipartimento Farmaceutico le richieste di integrazioni che si rendono via via necessarie.

Indicatore 4.1	Valore atteso 2018	Valore raggiunto 2018
Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018/importo budget 2018 assegnato sul sistema informatico	<1	SI € 30.113.930,48 / € 31.559.756,80

Obiettivo 6. - Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza

Indicatore 6.1	Valore atteso 2018	Valore raggiunto 2018
Coordinamento delle attività relative a: -Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito territoriale e ospedaliero -Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito territoriale e ospedaliero	SI	SI

Si è provveduto a dare ampia diffusione ai Medici delle strutture ospedaliere e territoriali di questa ASP, delle Case di Cura private e accreditate, dell'Ospedale Bucchieri La Ferla, ai sindacati dei MMG e dei PLS, delle "Note informative importanti", per alcune categorie di antibiotici : Fluorochinoloni, Chinolonici, Cefalosporine (principio attivo Cefepime), pubblicate sul portale AIFA , al fine di adeguare il comportamento prescrittivo a quanto esposto nelle note e anche al fine di implementare la segnalazione di sospette reazioni avverse, come suggerito nelle stesse note, ricordando le modalità di segnalazione comprensiva dell'inoltro della modulistica. Le Note informative, infatti, evidenziano alcuni effetti indesiderati di queste categorie di antibiotici e forniscono raccomandazioni per il loro uso appropriato anche al fine di combattere l'Antibiotico-Resistenza. Sono state divulgate anche :

- N°2 locandine pubblicate sul portale del Ministero Salute in occasione della Giornata Europea degli Antibiotici e della Settimana mondiale dell'uso consapevole degli Antibiotici (novembre 2018):
 - Infezioni correlate all'assistenza sanitaria: una minaccia per i pazienti in Europa
 - Antibiotico-resistenza, una minaccia crescente per l'uomo
- N°1 Documento di domande e risposte FACT/CHEKING (vero/falso) sull'uso appropriato e inappropriato degli antibiotici.

I suddetti documenti sono stati divulgati con lo scopo di renderli visibili all'utenza delle strutture ospedaliere e territoriali (compresi gli studi dei MMG e PLS) per focalizzare l'attenzione sul fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

In ambito Ospedaliero viene effettuato un continuo ed attento monitoraggio dell'uso degli antibiotici sistemici e dell'appropriatezza prescrittiva, tramite la divulgazione delle schede di appropriatezza relative agli antibiotici della classe ATC J01 contenute nel Prontuario Terapeutico Provinciale.

Al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, le farmacie ospedaliere procedono, inoltre, ad effettuare le consegne degli antibiotici iniettabili su richieste personalizzate; su tali richieste il medico prescrittore deve indicare la diagnosi e la dose di terapia giornaliera. Per alcuni antibiotici viene chiesto anche l'antibiogramma.

Le azioni intraprese e il monitoraggio eseguito permettono di intervenire sulle prescrizioni intraospedaliere con conseguente controllo dell'appropriatezza prescrittiva, riduzione dei consumi e dei costi .



A far data dal 2016, il Dirigente Generale DASOE dell'Assessorato Regionale Salute ha promosso a livello regionale una raccolta dati sulla "Sorveglianza del consumo di antibiotici e dell'antibioticoresistenza in ospedale", quale obiettivo dei Direttori Generali.

I dati raccolti sono di competenza multidisciplinare, atteso che riguardano sia i farmaci ed i loro consumi a livello aziendale, sia i test laboratoristici, le SDO, etc.

Il Dipartimento Farmaceutico ha trasmesso mezzo e-mail alla Direzione Aziendale i dati di pertinenza, al fine di consentirne la successiva trasmissione all'Assessorato della Salute. In particolare, è stato effettuata:

- estrapolazione dei consumi degli antibiotici in tutti i presidi aziendali,
- trasformazione delle unità posologiche in DDD (unità di misura prevista) per ciascuna singola specialità medicinale,
- elaborazione per singolo Presidio e per classificazione ATC.

Infine a livello Aziendale, durante l'anno 2018, su iniziativa del CIO, di cui il Direttore del Dipartimento Farmaceutico è componente, sono stati organizzati per il secondo anno consecutivo, dei corsi di formazione per il personale ospedaliero e territoriale interno all'Azienda; tali corsi sono stati occasione per la divulgazione dei dati precedentemente elaborati. Nel corso di 4 incontri (giugno/ luglio/settembre/ottobre), sono stati presentati dal Dipartimento i dati sopra citati (consumi degli antibiotici in tutti i presidi aziendali, elaborazione per singolo presidio e per classificazione ATC, trasformazione delle unità posologiche in DDD) e sono stati commentati con i direttori medici e di distretto, con i clinici e con gli infermieri di volta in volta presenti.

SCHEDA 9
Flussi informativi

Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS) consolidati

Nell'anno 2017 è stato dato avvio all'informatizzazione dell'Azienda (affidata alla RTI, capofila ditta Dedalus), con la conseguente adozione di nuovi programmi di gestione di tutte le attività delle articolazioni aziendali e dei relativi flussi informativi.

Nell'anno 2018, per quanto negli anni precedenti fossero stati assolti i debiti informativi nei riguardi degli Enti sovraordinati, si è ritenuto necessario procedere ad una analisi di ciascun flusso e sono state rilevate alcune criticità nella trasmissione dei flussi, sia in termini quantitativi, che qualitativi; inoltre, è stata attivata dal Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato Salute una procedura per il miglioramento della qualità di alcuni Flussi, attraverso l'invio di una commissione che ha monitorato la qualità dei flussi pilastro nel corso dell'anno; oltre ad una procedura di monitoraggio da parte del Ministero per l'allineamento tra i flussi regionali e ministeriali (flusso C) e per l'inserimento nel sistema TS dei flussi A, M (inserimento parziale), SDAO.

La ditta Dedalus ha fornito il Sistema BI (uno strumento di analisi dinamico e multidimensionale) per l'esame dei flussi, sviluppando in progress e contestualizzando il sistema informativo alle esigenze manifestate. Grazie alla collaborazione con i consulenti della Dedalus, sono state rilevate anomalie e criticità, per cui si proceduto ad una serie di conferenze di servizio con i Direttori Medici di Presidio, dei Distretti Sanitari e dei Dipartimenti per la disamina delle criticità e per l'adozione delle adeguate misure per il loro superamento.

Per ciascun flusso sono stati individuati e nominati formalmente i referenti e i responsabili e sono stati attivati degli indirizzi dedicati per la trasmissione dei dati; inoltre, per ciascun flusso sono state adottate delle modifiche ai software (es obbligatorietà di compilazione di tutti i campi) e delle nuove procedure, per avere una corretta tracciabilità dei dati e relativa responsabilizzazione degli attori, dal momento della registrazione delle attività, fino alla produzione finale ed invio del flusso.

Tali attività hanno permesso una più puntuale trasmissione dei flussi e una maggiore completezza degli stessi. Esempio il Flusso Emur, che per l'anno 2017 non era importabile sul sistema, nel 2018 è stato validato dalla Regione con un valore 99%; il flusso C caricato nel 2017 in ritardo e quindi non riconosciuto per quasi il 50% dal Ministero, nel 2018 è stato caricato in tempo utile quasi per il 100% dal momento della adozione della nuova procedura; il flusso FAR (prodotto in modo "artigianale" con l'utilizzo di un vecchio software per l'anno 2017, è stato regolarmente prodotto nel corso dell'anno 2018. Analogamente si è arrivati alla regolarizzazione di alcuni flussi, non prodotti o prodotti in maniera incompleta nell'anno 2017, quale il Flusso beni e Servizi.

Per alcuni flussi (es flusso C) restano delle criticità legate alla qualità del dato, per cui sono state avviate delle procedure di miglioramento in collaborazione con Sicilia digitale, in via di adozione.

SCHEDA 10	
Progettazione aziendale	Realizzazione dei progetti di Piano sanitario regionale previsti

Al fine della realizzazione dei progetti di Piano sanitario regionale previsti, la UOC Progettazione ha effettuato una costante attività di supporto.

Tale attività di supporto si è concretizzata attraverso il costante raccordo con i singoli Referenti Scientifici di progetto e, per consentire loro di utilizzare appieno la nuova procedura informatica, ogni Referente scientifico è stato affiancato da un operatore amministrativo con funzioni di responsabilità sulla rendicontazione economica e fatturazione.

I Responsabili che hanno potuto fruire dell'affiancamento previsto hanno notevolmente snellito l'iter, consentendo una più veloce attivazione, ciò non è avvenuto per tutte quelle unità complesse che non dispongono di un Operatore dell'area amministrativa.

Si è inoltre provveduto a "mettere a sistema" i progetti che hanno obiettivi comuni e/o simili evitando la duplicazione degli interventi e il conseguente dispendio di energie e risorse umane ed economiche.

Pertanto, sono stati organizzati gruppi di lavoro per aree omogenee e questo ha prodotto un proficuo scambio di competenti esperienze professionali, con un notevole accrescimento conoscitivo e gestionale.

Per ogni area omogenea sono stati individuati Referenti e Responsabili, individuate le fonti di finanziamento e programmato un unico piano di spesa che, pur gravando su varie annualità ha consentito in tempi brevi di avviare l'iter procedurale per l'acquisizione di beni e servizi; iter che a fine 2018 non si è ancora completato.

L'utilizzo di questo criterio ha consentito di raggruppare per "aree omogenee" progetti aventi budget economici propri, anche ingenti, Responsabili diversi, ma con obiettivi di salute simili, assimilabili o addirittura sovrapponibili:

1. Area di Assistenza Primaria Branca: Diabetologia prevenzione e cura del diabete mellito di tipo 1;
2. Area della non auto sufficienza: Potenziamento Centri Diurni Alzheimer;
3. Area della Riabilitazione: Supporto psicologico nei reparti di alta criticità;
4. Area di assistenza primaria. Branca: patologie croniche. Chronic Care Model;
5. Area dell'Assistenza primaria. Assistenza sanitaria alla popolazione migrante;
6. Area Prevenzione ed Epidemiologia applicata alla promozione della salute della popolazione;
7. Interventi di prevenzione e cura nella Violenza di Genere. Codice Rosa;
8. Area delle Cure Palliative;
9. Area dell'assistenza primaria. Assistenza ai pazienti con esiti post Stroke;
10. Altro

Questa attività di "pianificazione finalizzata", ha comportato la strutturazione di un percorso che può essere così riassunto:

- Individuazione delle aree omogenee
- Convocazione dei gruppi di lavoro per area tematica
- Condivisione del percorso per macro obiettivi
- Stesura del nuovo piano di utilizzo dei fondi
- Approvazione Aziendale con atto deliberativo
- Richiesta approvazione assessoriale
- Avvio delle attività.

Di ogni attività è stato informato il Direttore dello Staff Strategico e non è venuta a mancare la collaborazione fattiva e attenta degli Operatori di riferimento del Gestore informatico Dedalus, con i quali si è avviato il primo e più consistente sviluppo organizzativo, quello relativo alla gestione informativo-informatica delle fragilità.

Gli interventi, organizzativi e tecnologici, puntano all'incoraggiamento della circolazione delle informazioni, all'utilizzo ottimizzato delle competenze e alla erogazione, in maniera equa ed efficace, dei servizi disponibili per la popolazione. Per sviluppare pienamente il disegno di gestione integrata dei pazienti fragili occorre dunque promuovere e sostenere un radicale cambiamento attraverso il potenziamento strutturale, tecnologico e organizzativo/operativo che tarda ad avviarsi compiutamente.

Nel corso dell'anno inoltre sono state attribuite a questa Azienda, nuove linee programmatiche, che hanno richiesto l'avvio di altrettante attività di pianificazione che vengono avviate e svolte utilizzando i medesimi criteri.

SCHEDA 11	
Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Garanzia del rispetto degli adempimenti previsti e della relativa tempistica

L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità (D.M. 17/09/2012), impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

A tal fine il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Economia e delle Finanze, ha adottato il D.M. 01/03/2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità".

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n.2128 del 12/11/2013, n.402 del 10/03/2015 e n.1559 del 05/09/2016 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

L'Azienda ha avviato una intensa attività per supportare la realizzazione dei PAC. In particolare, sulla base della programmazione delle scadenze dell'Assessorato Regionale della Salute sono state predisposte e adottate, con deliberazioni n.793 del 30/11/2016 e n.171 del 30/10/2017, le procedure previste

Nel 2018 non sono stati attribuiti gli obiettivi relativi a quest'area in quanto le procedure PAC sono tutte state elaborate ed adottate nel 2016 e 2017.

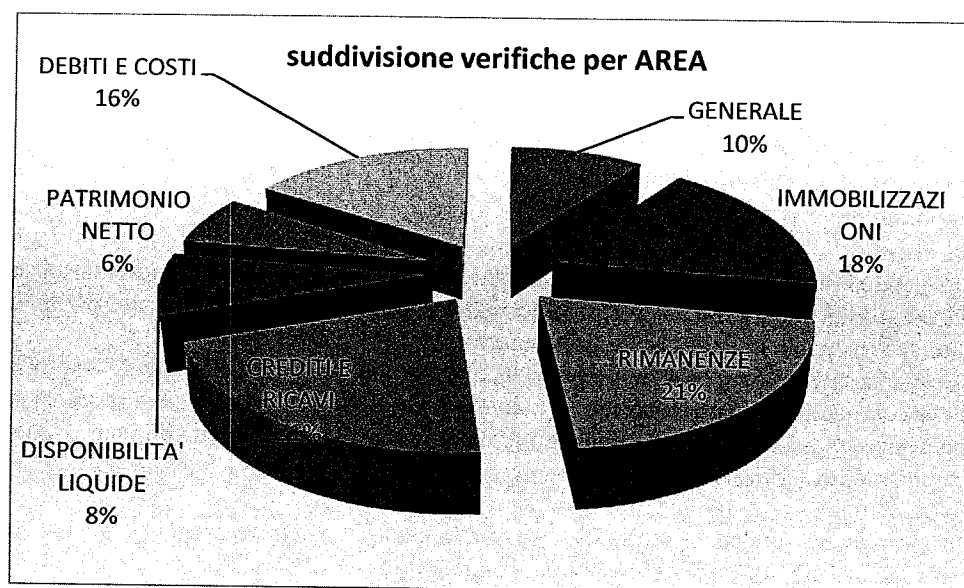
Si è quindi proceduto agli internal audit (verifica dello stato di implementazione delle procedure PAC), presso le strutture aziendali interessate.

Il Gruppo di Lavoro "Internal Audit" (GdL IA) per l'attività del 2018 è stato individuato con nota n.ASP/8789/2018/U del 20/02/2018.

Dopo la fase di programmazione, le verifiche di audit sono iniziate il 10/05/2018.

Le procedure PAC in totale sono 34; le procedure già verificate positivamente nel 2016/2017 sono 6 (procedure 1, 2, 5, 12, 16 e 26), le rimanenti sono tutte state verificate nel 2018.

La nota assessoriale n.45442 del 12/06/2018 ha previsto la rilevazione di 62 item (azioni o sub azioni PAC relative all'attività di audit interno) così suddivise per area:

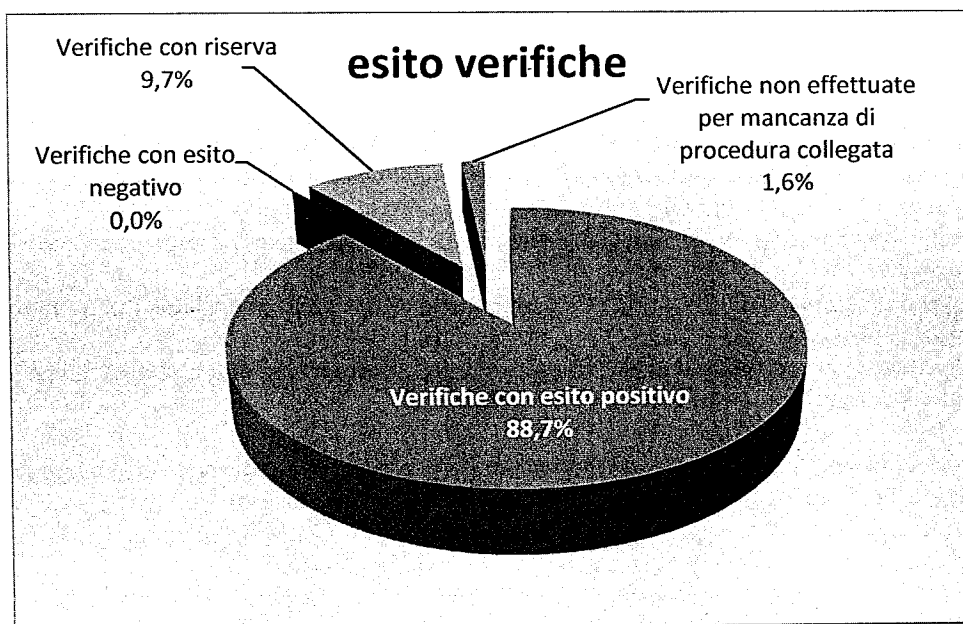


La situazione della rilevazione al 31/12/2018 è la seguente:

- ✓ 19azioni/sub azioni risultano già verificate positivamente nel 2016/2017 (2 non pertinenti);
- ✓ delle rimanenti 43, oggetto di verifica nel 2018:
 - 42 sono state verificate (verifica iniziata e conclusa);
 - 1 non è stata verificata per mancanza della procedura collegata.

Rispetto all'esito della verifica, la situazione è la seguente

	n.	%
Verifiche con esito positivo (comprese 2 non applicabili)	55	88,7%
Verifiche con esito negativo	0	0,0%
Verifiche con riserva	6	9,7%
Verifiche non effettuate per mancanza di procedura collegata	1	1,6%
TOTALE	62	100%



Per l'approfondimento delle risultanze dell'attività di internal audit 2018 può essere consultata la **RELAZIONE INTERNAL AUDIT AL 31/12/2018** pubblicata sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Bilanci / Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC) / verifiche audit procedure aziendali PAC al 31/12/2018.

SCHEDA 12	
Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione
+	
SCHEDA 13	
Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza

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 entro il 31 gennaio di ogni anno adotta un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (di seguito P.T.P.C.), da trasmettere alla Regione Siciliana - Assessorato Regionale della Salute e al Dipartimento della Funzione Pubblica 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 P.T.P.C. rappresenta lo strumento attraverso il quale l'ASP sistematizza e descrive un "processo" - articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente - che è finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo.

Attraverso la predisposizione del P.T.P.C., l'ASP Palermo attiva azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre il rischio di comportamenti corrotti.

Il RPC (Responsabile della prevenzione della corruzione) vigila e coordina rispetto all'elaborazione delle specificità del Piano aziendale di prevenzione dei comportamenti corruttivi.

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa. 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 di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie;
- la conoscenza della situazione patrimoniale dei politici e dei dirigenti e, per tal via, il controllo circa arricchimenti anomali verificatisi durante lo svolgimento del mandato.

Vista la notevole quantità di documenti e dati da pubblicare, sono state programmate innovazioni ed automazioni volte alla pubblicazione relative alla Trasparenza mediante la creazione di apposite interfacce WEB attraverso cui, ogni soggetto produttore di dati e documenti, possa procedere direttamente alla pubblicazione on line. Così con Del.n.49 del 27/01/2017 PTPCT 2017-2019, l'amministrazione aziendale ha disposto che ciascuna struttura debba direttamente pubblicare i dati di propria competenza.

Tuttavia, nell'ambito della complessiva informatizzazione dell'Azienda a cui si è dato avvio solo di recente, le suddette interfacce WEB non sono ancora disponibili e la pubblicazione è a cura del Responsabile della Trasparenza.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione e di trasparenza adottate dall'ASP Palermo e previste nel Piano si applicano a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato dell'Azienda, compresi i dirigenti Medici Veterinari e Sanitari, Professionali, Tecnici e Amministrativi, al personale appartenente ad altre amministrazioni e in posizione di comando, distacco o fuori ruolo presso l'Azienda nonché al personale convenzionato, ai tirocinanti, ai

volontari, ai consulenti, agli esperti e ai soggetti esterni che a qualunque titolo collaborano e con qualunque tipologia di contratto d'incarico con l'Azienda, di seguito tutti denominati dipendenti e le altre categorie.

Gli obiettivi che sono stati individuati dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e dal Responsabile per la Trasparenza sono inseriti nelle schede di budget 2018 per la valutazione della performance organizzativa e hanno un peso complessivo pari a punti "10" così articolato:

Area	Obiettivo	Indicatore	Peso	Valore atteso
Norme anticorruzione	Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica previsti nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	N° adempimenti posti in <u>essere nei tempi previsti</u> N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
	Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica previsti nel Piano Triennale Prevenzione della trasparenza e dell'Integrità	N° adempimenti posti in <u>essere nei tempi previsti</u> N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%

Le azioni di prevenzione dei fenomeni corruttivi avviate con il PTPC 2015/2017, sono continuate con i successivi PTPC adottati da questa azienda. Al fine di neutralizzare o ridurre il rischio di corruzione il RPC ha richiesto ai responsabili aziendali la rimappatura dei processi, in applicazione all'allegato 5 del PNA 2015, consentendo l'individuazione delle aree di rischio, i processi, i rischi specifici, le priorità di trattamento, i soggetti coinvolti e le misure esistenti, anche per le singole fasi dei processi.

La gestione del rischio si è completata con la successiva azione di monitoraggio, che è stata posta in essere dai dirigenti dell'ASP Palermo, per le aree di rispettiva competenza. Il monitoraggio è stato finalizzato alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, sono motivati al RPC da parte delle strutture interessate al fine di darne informazione al Direttore Generale per gli adempimenti conseguenti anche riguardo al controllo strategico.

Per l'anno 2018 le misure di prevenzione di carattere generale ed i corrispettivi indicatori di risultato sono stati espressamente descritti ed inviati a tutte le funzioni dirigenziali interessate della Azienda Sanitaria con nota prot. n.33/Prev.Corr del 21.02.2018 e sono state applicate a tutte le procedure e processi elencati nell'art.1, comma 16, della L.190/2012, nonché a tutti i processi delle Aree dell'Azienda Sanitaria sensibili al rischio di cui alla Deliberazione ANAC n. 12 del 2015 e alle successive deliberazioni."

La numerosità e complessità delle strutture aziendali nonché la loro ampia dislocazione territoriale in ambito provinciale ha comportato in alcuni casi uno scostamento temporale nell'applicazione delle misure previste che per l'ambito aziendale può forse essere considerato quasi fisiologico e a fronte del quale, in ogni caso, si sono posti in essere i relativi interventi sollecitativi in parte risolutivi.

Il P.T.P.C. 2018-2020 e la Realazione annuale del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione sono pubblicati sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Altri contenuti / Prevenzione della Corruzione.



SCHEDA 14	
<i>Efficienza Gestionale</i>	<ul style="list-style-type: none">- Predisposizione tempestiva dei documenti di Bilancio Consuntivo 2017 e Bilancio Previsionale 2018- Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato

I documenti di bilancio sono pubblicati sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Bilanci / Bilancio preventivo e consuntivo.

SCHEDA 15	
Informatizzazione	<ul style="list-style-type: none"> - Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno) - Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze - Informatizzazione del magazzino di reparto - Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio

Nel corso del 2015 si è aggiudicata, dopo un lungo iter procedurale, la gara per l'implementazione del nuovo sistema informativo aziendale alla ATI Dedalus-Telecom-Airnaviva con delibera di aggiudicazione n° 469 del 18 Maggio 2015. Il nuovo sistema informativo è stato avviato a partire dal 2017 con calendarizzazione differente per le varie aree e per le implementazioni di sotto-blocchi secondari. In questa situazione in evoluzione, le aree di informatizzazione inserite nel 2018 fra gli obiettivi strategici, sono state avviate ma si trovano in stadi differenti:

Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno):

Gli uffici preposti hanno elaborato la bozza del *Manuale di Gestione dei Documenti e Sistema Protocollo*, che necessita della formalizzazione della Direzione strategica;

Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze

Il sistema di gestione del personale e rilevazione presenze WHR nel corso del 2018 è stato oggetto di collaudo. Le funzionalità richieste per il Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze sono già presenti nell'applicativo fornito dalla Dedalus ma l'entrata a regime necessita di attività di configurazione e disposizioni organizzative subordinate alla conclusione dei collaudi in atto.

Informatizzazione del magazzino di reparto

E' stata effettuata e completata la prevista formazione del personale, secondo il cronoprogramma concordato. Il corso di formazione è stato dedicato ai Farmacisti in una giornata e nelle successive agli operatori di reparto della U.O. individuata da ogni Direttore Medico per ciascun P.O. aziendale, cui è seguita una fase di avviamento con assistenza diretta in house all'utilizzo del sistema informatico della Dedalus presso la U.O. Nel corso del 2019 è in corso l'estensione del processo di informatizzazione degli armadietti farmaceutici ai restanti reparti di ciascun Presidio.

Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio

Il registro unico è già esistente e attivo. Per quanto attiene il magazzino unico, sono stati completati la formazione e l'affrancamento in loco degli operatori di Sala Operatoria individuati dai rispettivi Direttori Medici di P.O. da parte della Ditta Dedalus sul sistema Ormaweb.

SCHEDA 16

Riorganizzazione e procedure amministrative

- Riorganizzazione e adeguamento normativo del protocollo generale
- Riorganizzazione della contabilità analitica, del processo di budgeting e controllo di gestione
- Redazione e aggiornamento delle procedure interne e/o regolamenti interni non P.A.C.

Riorganizzazione e adeguamento normativo del protocollo generale

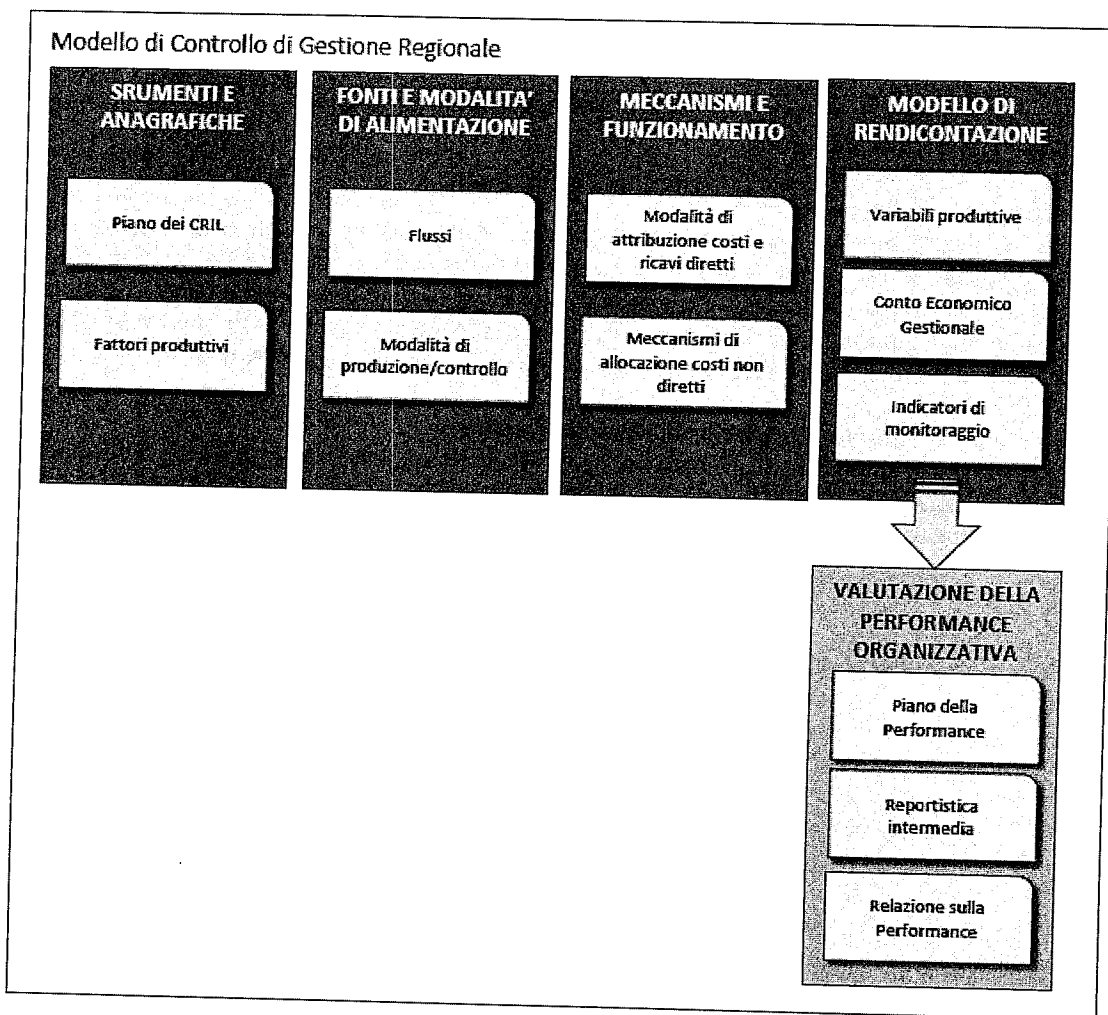
Gli uffici preposti hanno elaborato la bozza del *Manuale di Gestione dei Documenti e Sistema Protocollo*, che necessita della formalizzazione della Direzione strategica.

Riorganizzazione della contabilità analitica, del processo di budgeting e controllo di gestione

L'Asp ha adottato modello di Controllo di Gestione Regionale, con riferimento alle linee guida del D.A. n.835/2014, il cui schema logico consiste sostanzialmente nelle quattro macro aree sotto illustrate.

Nel quadro generale del Controllo di Gestione dell'ASP il modello esplicita anche la macro area connessa al processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa, che ha le sue origini nel d.lgs. n. 150/2009 e s.mi.

Modello di Controllo di Gestione ASP Palermo



I risultati raggiunti nel 2018 sono correlati ai seguenti argomenti:

- I Flussi informativi;



- Il Sistema BI (Statistica, reportistica e business intelligence)
- Le "dashboard" (cruscotti interattivi);
- Le Schede Variabili Produttive;
- Il Conto Economico Gestionale;
- La valutazione della Performance organizzativa.

E' importante evidenziare che nel 2017 si è dato avvio alla integrazione e potenziamento della rete informatizzata aziendale a seguito aggiudicazione gara d'appalto per individuazione di una unica software house aziendale.

In tale contesto ai fini del controllo di gestione l'azienda ha acquisito un nuovo software i cui applicativi verticali (sottosistemi gestionali e contabili) sono stati avviati durante il 2017 (in momenti diversi). I referenti aziendali, con il supporto dei consulenti della SWH sono stati impegnati dal 2017 a tutt'oggi nella configurazione e parametrizzazione del sistema, nell'allineamento dei nuovi processi gestionali ed operativi funzionali alla rilevazione puntuale delle informazioni, nell'allineamento o creazione delle anagrafiche, nella formazione degli operatori a tutti i livelli aziendali e nell'alimentazione dei sistemi.

L'Azienda nel quadro complessivo dell'informatizzazione ha acquisito anche uno strumento di analisi dinamico e multidimensionale, in grado di supportare i processi decisionali e le attività dell'ASP a livello sia di Direzione Strategica che dei singoli Servizi, secondo una visione multidisciplinare e multi obiettivo.

Pertanto, per la realizzazione di quanto richiesto dal D.D.G. 835/2014, la SWH ha implementato una soluzione di Business Intelligence, denominata Dedalus Business Intelligence, basata sulla suite Oracle Business Intelligence Standard Edition One (OBISEO), studiata e sviluppata in modo specifico per le realtà sanitarie italiane e contestualizzata in base alle specifiche esigenze regionali.

Oracle Business Intelligence è una soluzione BI completa e integrata. Comprende tutti i componenti necessari per realizzare dashboard interattivi, report flessibili, query e analisi ad-hoc. Il tutto erogato con amministrazione e architettura Web completamente centralizzate.

Redazione e aggiornamento delle procedure interne e/o regolamenti interni non P.A.C.

Si citano:

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA (articolarzioni coinvolte: U.O.S. Coordinamento assistenza protesica, presidi e ausili e U.O.S. Accettazione rendicontazione assistenza protesica, presidi e ausili centrale-UCARPA) >

DEMATERIALIZZAZIONE

La sistematica attività di verifica e controllo delle autorizzazioni e delle relative fatture, aveva evidenziato, nel corso degli anni precedenti, la presenza, sia a Palermo che nella provincia, di un'ampia tipologia di falsificazioni e tentativi di truffa ai danni di questa ASP, tutti individuati e bloccati prima della liquidazione e pagamento ed oggetto di apposite denunce all'autorità giudiziaria.

Sulla base di quanto emerso durante le suddette verifiche, furono posti in essere numerosi interventi, di natura tecnico-amministrativa, finalizzati alla prevenzione del rischio di frodi, attraverso una maggiore sicurezza e tracciabilità della procedura di erogazione degli ausili di assistenza protesica e integrativa.

A completamento del suddetto percorso di sicurezza e tracciabilità sopra descritto, nel corso del 2016 e del 2017 è stata attuata la dematerializzazione delle procedure di erogazione dell'assistenza protesica e integrativa, ormai pienamente a regime nel 2018, con gestione totalmente informatica delle suddette procedure (attraverso il software aziendale "GST Protesica") e sostituzione della documentazione autorizzativa cartacea, precedentemente in uso, con un tesserino plastificato.

Tale procedura, che viene costantemente aggiornata ed implementata (in base agli esiti delle verifiche interne ed alle modifiche del quadro normativo) ha ricevuto l'apprezzamento dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, come comunicato dall'Assessorato Regionale della Salute, con nota prot. n. 80463 dell' 11/10/2016, con la quale ha altresì manifestato l'intendimento "di implementare a livello regionale la sperimentazione condotta presso l'ASP di Palermo".

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA > Applicazione art. 18 DPCM 12/01/2017: nuova procedura su modalità di prescrizione dei presidi al momento della Dimissione da Ospedali o RSA.

Con nota n.10194/U del 18/12/2018 il Direttore della UOC Integrazione socio-sanitaria ha dato disposizioni in merito alla procedura indicata dall'Assessorato Regionale della Salute con Circolare n.23/2018 del 06/12/2018, avente per oggetto "Assistenza Sanitaria Protesica ed integrativa: chiarimenti sulla modalità di prescrizione dei presidi", i cui contenuti così si riassumono:



- il punto "f" dell'articolo 18 (Destinatari delle prestazioni di assistenza protesica) del DPCM 12/01/2017 recita *"Le persone ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la presenza di una menomazione grave e permanente e la necessità e l'urgenza dell'applicazione di una protesi, di un 'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del piano riabilitativo-assistenziale. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità"*
- *i Medici specialisti di Strutture sanitarie private accreditate e convenzionate dove siano ricoverati i pazienti sono abilitati alla prescrizione di presidi necessari alla dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del piano riabilitativo-assistenziale.*
- *la prescrizione e il relativo piano riabilitativo individuale devono essere redatti su carta intestata della Struttura da Medico specialista, in possesso di specifiche competenze per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici, nel rispetto di quanto previsto nell'art. 1 dell'allegato 12 del DPCM 12/1/2017. Nella stessa deve essere riportata la dicitura: prescrizione effettuata ai sensi del punto 'f' dell'articolo 18 del DPCM 12/01/2017.*



5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

5.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il sistema di valutazione della performance è quello previsto dal D.Lgs 150/2009 innovato dal D.Lgs 74/2017, in cui si coniuga la performance organizzativa conseguita dalle strutture organizzative con quella individuale attribuita ai dirigenti e al personale del comparto.

Le indicazioni contenute nelle disposizioni assessoriali, nonché nelle circolari aziendali, hanno già consentito di attuare la diffusione della informazione a tutto il personale in particolare sulla correlazione tra risultati e riconoscimento economico. Ancora per l'anno 2018 si è fatto riferimento ad alcuni capisaldi del ciclo della performance, che trovano concretezza negli strumenti utilizzati, fermo restando la flessibilità dello strumento stesso:

1. Differenziazione del merito/Premialità
2. Corrispondenza tra performance e premio
3. Assegnazione di obiettivi a cascata
4. Adozione di criteri di valutazione distinti per i Direttori di macrostruttura.

Il criterio della differenziazione si mantiene attraverso la diversificazione di fasce di merito secondo il punteggio attribuito attraverso una scheda di valutazione individuale così come già applicato negli anni precedenti. Il sistema prevede due distinte fasce di merito, di cui una "media" cui accedono tutti coloro che partecipano al sistema premiante e una fascia "alta" cui afferiscono coloro che hanno un punteggio individuale elevato.

Per quanto concerne l'assegnazione degli obiettivi, si procede alla distribuzione delle schede degli obiettivi aziendali alle macrostrutture, corrispondenti alla performance organizzativa, oggetto di valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione; a queste segue, a cascata, l'assegnazione degli obiettivi annuali individuali.

Per quanto riguarda la scheda di valutazione dei Direttori di macrostruttura, così come previsto dalla normativa, i criteri di valutazione del top management riguardano aree più ampie rispetto alla performance della struttura stessa e comprendono anche gli aspetti comportamentali e gestionali, le competenze professionali e organizzative, nonché le specifiche competenze manageriali, ivi compresa la capacità di gestione del processo di valutazione. A tal proposito, la norma prevede all'art. 9 lett. d) del D. Lgs 74/2017, la "*capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi*".

La nuova versione della scheda di valutazione individuale annuale - anno 2018- pubblicata sul sito aziendale, prevede come indicato nell'art. 9 lett. a) del citato decreto, che la valutazione della performance individuale, sia collegata anche "*agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta*



responsabilità ai quali è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva"; pertanto, per i Direttori di macrostruttura, la ripartizione dei pesi per le aree è la seguente:

- Area A "Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità" - peso 60/100;
- Area B "Comportamenti generali, competenze professionali e manageriali e competenze tecnico-scientifiche" - peso 25/100;
- Area C "Competenze manageriali specifiche" - peso 15/100

e valutazione positiva con un punteggio ≥ 46 .

Parimenti è stata aggiornata la scheda di valutazione individuale annuale dei dirigenti professional e/o con incarico di U.O.S. - anno 2018 - la cui ripartizione dei pesi per le aree risulta essere la sottostante:

- Area A "Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità" - peso 55/100;
- Area B "Comportamenti generali, competenze professionali e manageriali" - peso 30/100;
- Area C "Qualità del contributo alla performance generale della struttura" - peso 15/100;

e valutazione positiva con un punteggio ≥ 40 .

Nella scheda per il personale del comparto la ripartizione dei pesi per le aree risulta essere la sottostante:

- Area A "Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo" - peso 30/100;
- Area B "Comportamenti generali e competenze professionali" - peso 50/100;
- Area C "Qualità del contributo alla performance dell'Unità Operativa" - peso 20/100;

e valutazione positiva con un punteggio ≥ 21 .

E' necessario evidenziare che l'O.I.V. ha provveduto, già a partire dalle valutazioni 2014, a fornire nuovi elementi metodologici di cui l'U.O. Valutazione e Valorizzazione delle Risorse Umane ha preso atto e che, dopo un momento di transizione ai fini della sperimentazione e della definizione delle modalità operative, nell'anno 2016 sono stati definitivamente regolamentati e applicati.

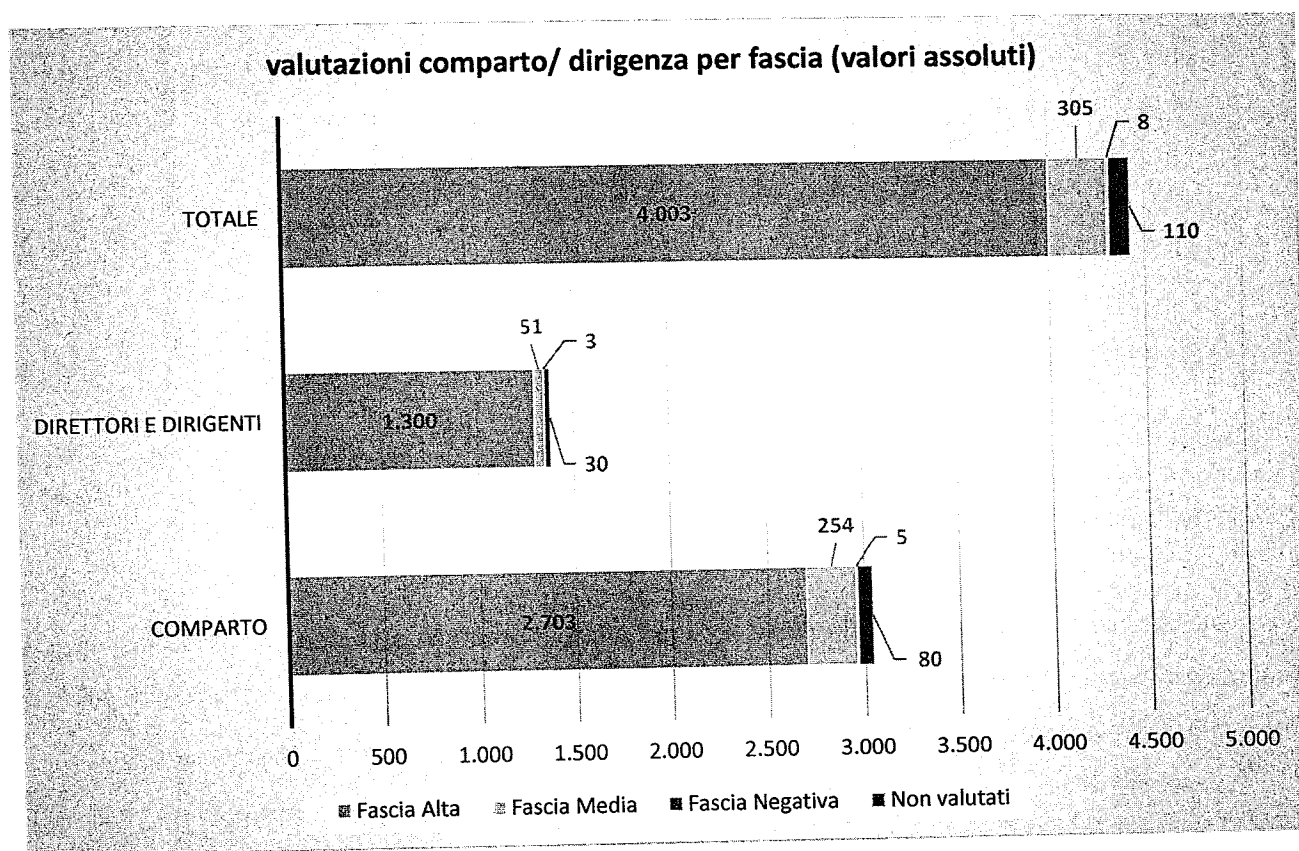
Il primo elemento riguarda l'applicazione del D.A. n. 1821 del 26/09/2011 (Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e valutazione del personale dipendente del S.S.R.) col quale si individua l'O.I.V. tra gli attori del processo di valutazione di seconda istanza della performance individuale della dirigenza.

In particolare, per quanto riguarda le valutazioni della performance individuale della Dirigenza, su richiesta dell'O.I.V., si richiede una relazione di accompagnamento che indichi l'attività svolta nell'anno oggetto di valutazione, le modalità di raggiungimento degli obiettivi ed i risultati raggiunti.

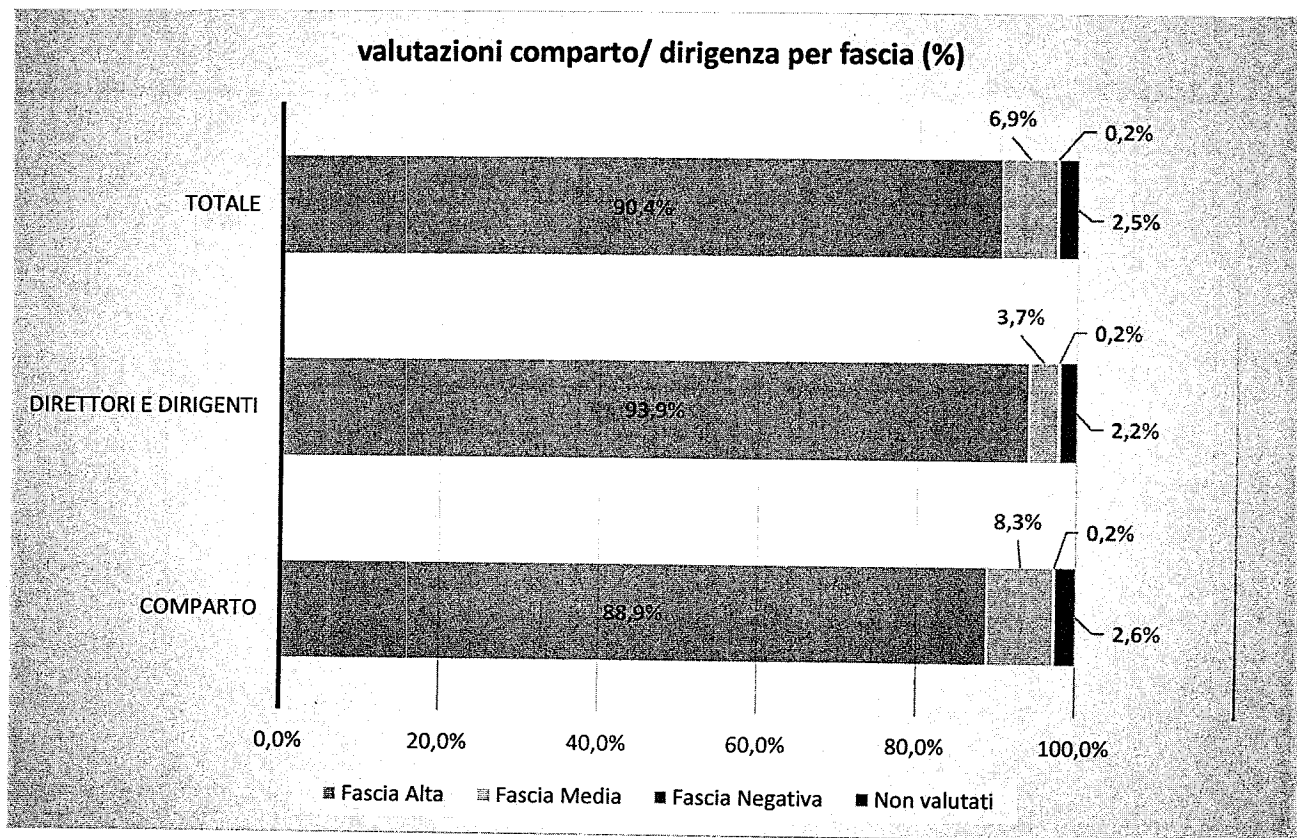
Le linee guida dell'O.I.V. del 18/10/2016, per la stesura della relazione annuale sulla performance organizzativa e della relazione annuale sulla performance individuale, sono pubblicate sul sito aziendale.

Le valutazioni individuali per l'anno 2018 sono così suddivise:

Fascia	Comparto	Direttori e Dirigenti	TOTALE
Fascia Alta	2.703	1.300	4.003
Fascia Media	254	51	305
Fascia Negativa	5	3	8
Non valutati	80	30	110
Totale	3.042	1.384	4.426



Fascia	Comparto	Direttori e Dirigenti	TOTALE
Fascia Alta	88,9%	93,9%	90,4%
Fascia Media	8,3%	3,7%	6,9%
Fascia Negativa	0,2%	0,2%	0,2%
Non valutati	2,6%	2,2%	2,5%
Totale	100%	100%	100%



5.2. GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa sono declinati dai responsabili sovraordinati essenzialmente a partire dalle attività e dai progetti definiti in sede di programmazione annuale.

Ciò consente di:

- assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni;
- assicurare che la performance individuale venga valutata sulla base di elementi sui quali il valutato ha effettivamente la possibilità di intervenire direttamente evitando, quindi, di collegare tale valutazione ad elementi al di fuori del controllo del valutato (es. impatto).

In termini operativi il percorso per definire la performance individuale, in modo coerente con la performance organizzativa, prevede che venga posta attenzione all'incrocio tra responsabilità/progetti affidati alla struttura e Responsabilità/compiti individuali.

Le schede per l'assegnazione degli obiettivi individuali sono riportate nell'allegato 3. La valutazione individuale, come descritto nel paragrafo precedente, oltre che su specifici obiettivi assegnati si basa anche su comportamenti generali e competenze professionali che nelle schede sono dettagliatamente riportati.



Le modalità per la declinazione degli obiettivi di performance individuale possono variare o anche essere compresenti in funzione delle situazioni concrete:

1. la riallocazione top-down, nel senso che la performance organizzativa attesa della macrostruttura viene riallocata “a cascata” nelle strutture dirigenziali, che a loro volta completeranno l’attribuzione a tutto il personale fino al livello individuale;

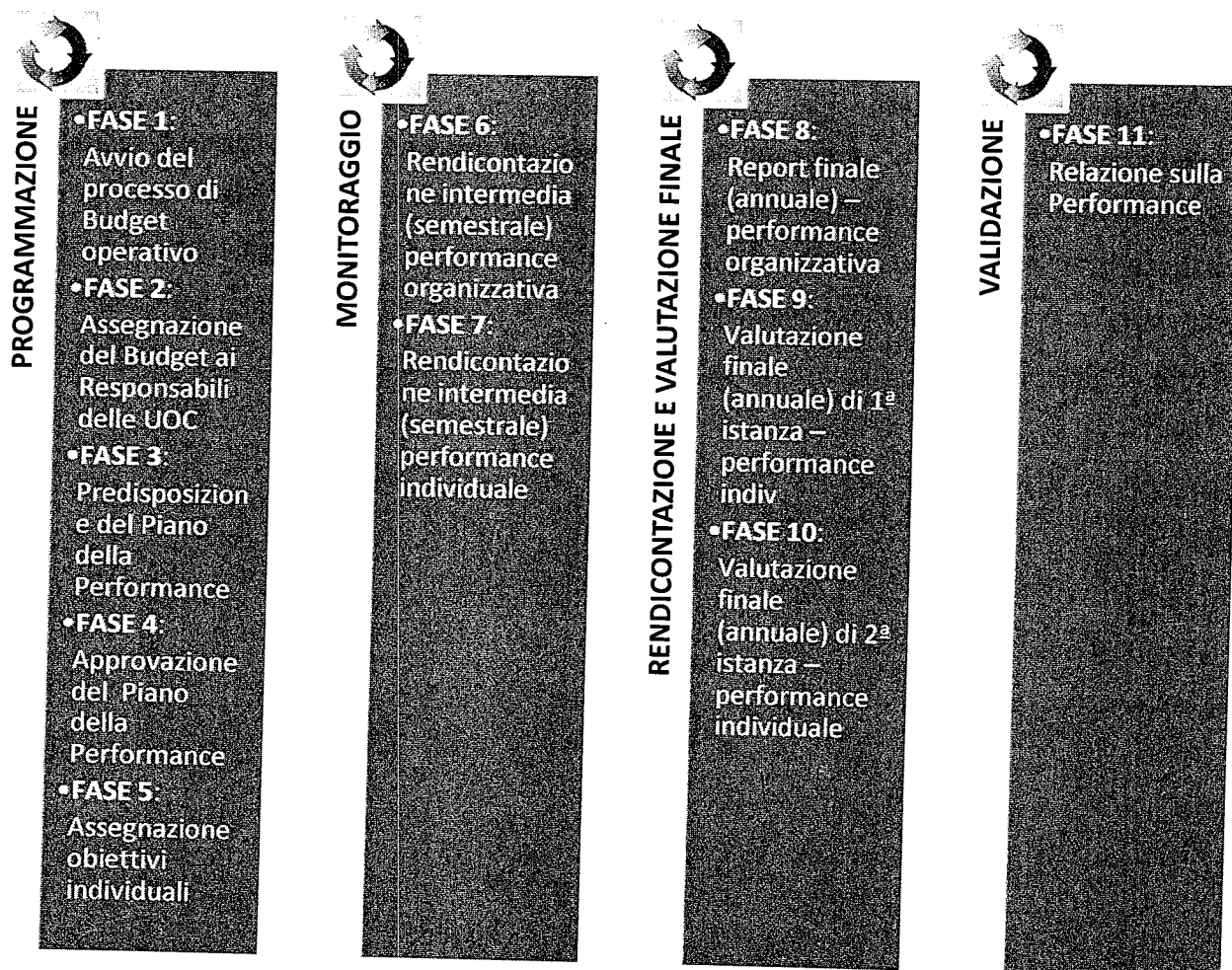
2. la selezione e suddivisione: a partire dalla performance organizzativa, la macrostruttura individuale performance a cui le strutture dirigenziali, sulla base delle responsabilità affidate, possono contribuire (ad esempio un progetto può essere scomposto in sotto-progetti a cui contribuiscono diverse strutture). Queste completeranno l’attribuzione a tutto il personale fino al livello individuale;

3. l’integrazione e negoziazione: gli obiettivi sovraordinati vengono reinterpretati, personalizzati sulle sfide specifiche e calati nelle strutture dirigenziali, che a loro volta completeranno l’attribuzione a tutto il personale fino al livello individuale.

Nella presente Relazione, considerata la complessità dell’organizzazione aziendale, si riportano gli obiettivi individuali assegnati ai Direttori delle macrostrutture e ai Direttori di UOC (vedi allegato 3), con la precisazione che gli “specifici obiettivi di performance relativa all’ambito organizzativo di diretta responsabilità” previsti nelle schede di valutazione individuale coincidono con gli obiettivi operativi per l’anno 2018 (vedi allegato 2).

6. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Nel 2018 il processo di misurazione e valutazione della performance (organizzativa ed individuale) si è svolto seguendo le fasi e modalità sotto descritte:



FASE 1: Avvio del processo di Budget operativo

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale - Obiettivi strategici aziendali
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Nomina del Gruppo di lavoro Budget e avvio del processo di budget.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Nota di nomina del Gruppo di lavoro Budget
SOGGETTI E RUOLI	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Strategica ⇔ nomina Gruppo di lavoro - Gruppo di lavoro ⇔ sovrintende al processo di budget

FASE 2: Assegnazione del Budget ai Responsabili delle UOC

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi strategici aziendali: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria regionali; ✓ Patto della salute ✓ Piano Attuativo Aziendale ✓ Piano Triennale della Performance ✓ Relazione sulla Performance (anno precedente) ✓ Programma Regionale Valutazione Esiti ✓ Piano della Prevenzione ✓ Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione; ✓
AZIONI	<p>Il Gruppo di lavoro Budget:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avvia il Processo di Budget anche mediante eventuali incontri con i responsabili delle macrostrutture finalizzati ad individuare gli elementi principali per poter definire la proposta di budget per le macrostrutture e le UOC; - analizza le eventuali variazioni proposte dai responsabili delle macrostrutture ed elabora la scheda di budget finale; <p>La Direzione Strategica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consegna le schede di budget (della macrostruttura e delle UOC) ai responsabili di macrostruttura che firmano per accettazione, fermo restando eventuali richieste di modifica; <p>Il responsabile della Macrostruttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - firma per accettazione la scheda di budget della Macrostruttura e delle UOC afferenti; - incontra i responsabili di UOC per discutere la proposta di budget per singola unità operativa afferente alla Macrostruttura; - inoltra eventuali osservazioni al GdLB per la validazione entro il termine assegnato; - segue il percorso valutativo definito nel Regolamento per la valutazione del personale e il monitoraggio degli obiettivi.
OUTPUT	Schede di budget delle Macrostrutture e delle UOC
SOGGETTI E RUOLI	<ul style="list-style-type: none"> - GdLB: <ul style="list-style-type: none"> ✓ avvia e sovrintende il processo di budget;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ svolge funzioni di supporto tecnico/consultivo ai Responsabili delle Macrostrutture in relazione alle schede di budget; - Responsabili delle Macrostrutture: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ricevono le schede di budget della Macrostruttura e delle UOC afferenti alla stessa e propongono eventuali variazioni; ✓ diffondono gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale ✓ seguono il percorso valutativo definito nel Regolamento per la valutazione del personale e il monitoraggio degli obiettivi - Direzione Strategica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ viene informata dal GdLB sullo stato di avanzamento del processo di budget ✓ approva e consegna le schede di budget (alle Macrostrutture e alle UOC)
--	---

FASE 3: Predisposizione del Piano della Performance

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Linee guida per il Piano della performance – DFP (giugno 2017) - Schede di budget delle Macrostrutture e delle UOC
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS riceve le Schede di Budget dal GdLB, per la predisposizione del Piano della Performance e trasmette la proposta di delibera alla Direzione Generale
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Piano della Performance
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - GdLB - UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS - Direzione Generale

FASE 4: Approvazione del Piano della Performance

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Proposta di delibera del Piano della Performance
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore Generale visto il Piano della Performance lo approva con la adozione della relativa deliberazione. - L'UOS Comunicazione e Informazione pubblica sul sito aziendale il piano della Performance - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS comunica l'adozione del Piano della Performance all'OIV.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Delibera di approvazione e adozione del Piano della Performance
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Generale - UOS Comunicazione e Informazione - Programmazione Controllo di Gestione - SIS

FASE 5: Assegnazione obiettivi individuali

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Piano della Performance - Schede obiettivi di budget
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore Generale , con la consegna delle schede di budget, dà indicazioni ai Direttori delle macrostrutture e delle UOC di effettuare l'assegnazione "a cascata" degli obiettivi individuali a tutto il personale dirigente e del comparto con le apposite schede;

	<ul style="list-style-type: none"> - L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane predisporre i modelli delle schede di valutazione individuale e le pubblica sul sito aziendale e supporta i Direttori delle strutture assegnatarie di budget nel processo; - I Direttori delle strutture assegnatarie di obiettivi di budget, coadiuvati dai dirigenti delle strutture afferenti, si impegnano a: <ul style="list-style-type: none"> ✓ diffondere gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale; ✓ coordinare l'assegnazione "a cascata" degli obiettivi individuali; ✓ informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali; ✓ sovrintendere al processo di valutazione, dall'assegnazione degli obiettivi al momento della valutazione finale.
OUTPUT	- Schede di valutazione individuali
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Generale - UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane - Direttori delle strutture assegnatarie di obiettivi di budget - Tutto il personale dirigente e del comparto

FASE 6: Rendicontazione intermedia (semestrale) performance organizzativa

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Piano della Performance oggetto del monitoraggio contenente la lista dei controlli/obiettivi definiti in sede d approvazione del documento; - Dati acquisiti dal data warehouse di controllo direzionale; - Relazioni e report acquisiti dalle macrostrutture e UOC (semestrali);
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS: <ul style="list-style-type: none"> ✓ acquisisce i dati dal data warehouse di controllo direzionale e le relazioni di attività dalle strutture assegnatarie di Budget (debito informativo); ✓ mette a disposizione della Direzione Aziendale e dell'OIV le rendicontazioni;
OUTPUT	- Rendicontazioni semestrali
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabili delle Macrostruttura - UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS - Direzione Strategica - OIV

FASE 7: Rendicontazione intermedia (semestrale) performance individuale

INPUT	- Schede di valutazione individuali
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - I dirigenti valutatori: <ul style="list-style-type: none"> ✓ monitorano l'andamento della performance attraverso valutazioni intermedie, colloqui e riunioni di verifica, adeguatamente documentate;
OUTPUT	- colloqui e riunioni di verifica
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigenti valutatori (secondo il Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale) - Tutto il personale dirigente e del comparto

FASE 8: Report finale (annuale) – performance organizzativa.

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Piano della Performance oggetto del monitoraggio contenente la lista dei controlli/obiettivi definiti in sede d approvazione del documento; - Dati acquisiti dal data warehouse di controllo direzionale; - Relazioni e report acquisiti dalle macrostrutture e UOC (annuali);
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS: <ul style="list-style-type: none"> ✓ acquisisce i dati dal data warehouse di controllo direzionale e le relazioni di attività dalle strutture assegnatarie di Budget (debito informativo); ✓ elabora il report per la verifica finale e attribuisce il punteggio provvisorio di performance organizzativa sul grado di raggiungimento degli obiettivi.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Report finale (annuale)
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS - Responsabili delle Macrostrutture e UOC

FASE 9: Valutazione finale (annuale) di 1ª istanza – performance individuale.

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Schede di valutazione individuali; - Relazioni e report prodotti dalle macrostrutture e UOC (annuali);
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Il dirigente valutatore: <ul style="list-style-type: none"> ✓ a conclusione del periodo oggetto di valutazione ed esaminata la documentazione a corredo, effettua il colloquio individuale di valutazione finale con il valutato, al termine del quale attribuisce il punteggio; - il dipendente valutato : <ul style="list-style-type: none"> ✓ ha l'obbligo di firmare la scheda di valutazione attestante l'avvenuto colloquio finale e per presa visione della scheda di valutazione;
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Schede di valutazione individuali annuali con punteggio attribuito
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigenti valutatori (secondo il Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale) - Tutto il personale dirigente e del comparto

FASE 10: Valutazione finale (annuale) di 2ª istanza – performance individuale.

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Schede di valutazione individuali annuali con punteggio attribuito; - Elenchi dei valutati con i relativi punteggi;
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore della macrostruttura: <ul style="list-style-type: none"> ✓ predispone gli elenchi dei valutati con i relativi punteggi e li trasmette alla U.O. Valutazione e valorizzazione delle risorse umane allegando, per i dipendenti del comparto copia del frontespizio della scheda, per i titolari di posizioni organizzative e per tutti i dirigenti, copia della scheda completa e della relazione individuale; ✓ evidenzia nella comunicazione alla U.O. Valutazione e valorizzazione risorse umane la eventuale presenza di richieste di revisione delle valutazioni;

	<ul style="list-style-type: none"> - L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane: <ul style="list-style-type: none"> ✓ effettuato il controllo formale delle valutazioni individuali di prima istanza, sottopone all'O.I.V. , per il tramite della Struttura Tecnica Permanente, gli elenchi e le valutazioni individuali di prima istanza. - L'OIV: <ul style="list-style-type: none"> ✓ procede alle valutazioni individuali di seconda istanza delle posizioni organizzative e dei dirigenti e dei direttori della macrostruttura, attraverso l'analisi della relazione e attraverso la disamina dei punteggi complessivi, della loro elaborazione statistica e del governo del processo di valutazione. - L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Concluse le valutazioni individuali di seconda istanza da parte dell'OIV, trasmette al Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari generali gli elenchi delle valutazioni individuali per la corresponsione del sistema premiante.
OUTPUT	- Elenchi dei valutati con i relativi punteggi
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Direttori di macrostruttura - UOS valutazione e valorizzazione risorse umane - OIV

FASE 11: Relazione sulla Performance

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Linee guida per la Relazione annuale sulla performance – DFP (novembre 2018) - Report finale (annuale)
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione elabora la Relazione sulla Performance e trasmette la proposta di adozione alla Direzione Generale; - Il Direttore Generale adotta la Relazione sulla Performance con deliberazione; - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS comunica l'adozione della Relazione sulla Performance all'OIV e alla UOS Comunicazione e Informazione; - L'UOS Comunicazione e Informazione pubblica sul sito aziendale la Relazione sulla Performance; - L'OIV: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Redige il documento di validazione della Relazione sulla Performance, e tramite la Struttura Tecnica Permanente, provvede alla pubblicazione sul sito web aziendale; ✓ a conclusione dell'iter di competenza, comunica alla Direzione Generale il documento di validazione e procede alle eventuali comunicazioni di cui all'art.14, comma 4, lettera b) del d.lgs.150/09; - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS notifica la delibera di adozione della Relazione sulla Performance e il documento di validazione redatto dall'OIV al Dipartimento Risorse Umane per la erogazione dei premi, ove dovuti.
OUTPUT	- Delibera di approvazione e adozione della Relazione sulla Performance
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS - Direzione Generale - UOS Comunicazione e Informazione - OIV - Dipartimento Risorse Umane





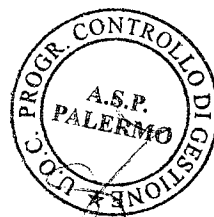
ALLEGATO 1

00205

DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

STRALCIO PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE ANNO 2016

adottato con delibera n.489 del 30/06/2016



DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

1 Informazioni demografiche

Informazioni Demografiche	Provincia di Palermo			Sicilia		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione residente al 1 Gennaio 2011	601178	648399	1249577	2441599	2609476	5051075
Popolazione residente per fasce di età:						
0-14	101004	96179	197183	393438	372494	765932
15-64	405150	423671	828821	1646937	1701995	3348932
65-74	51345	60415	111760	213649	249125	462774
75+	43679	68134	111813	187575	285862	473437
Popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2011						
<i>Numero</i>	13125	15371	28496	68147	73757	141904
<i>% popolazione residente</i>	2,2	2,4	2,3	2,8	2,8	2,8
			Provincia di Palermo			Sicilia
Tasso di natalità			10,2			9,5
Tasso di mortalità			9,2			9,5
Speranza di vita maschi			78,3			78,4
Speranza di vita femmine			83,0			83,0
Indice di dipendenza			52,4			52,5
Indice di dipendenza anziani			28,6			29,6
Indice di invecchiamento			113,4			122,2
Territorio						
<i>Montagna</i>			42,3%			
<i>Collina</i>			51,4%			
<i>Pianura</i>			6,3%			
Numero comuni			82			
Superficie in Km ^q			4992			
Densità ab. per Km ^q			250,3			

Fonte dati:

<http://demo.istat.it/>

Regione Siciliana - Annuario Statistico regionale: Sicilia 2011

HFA (aggiornamento dicembre 2010)

1.1 Profilo demografico - La Provincia Regionale di Palermo è una provincia della Sicilia di 1.249.577 abitanti. Si estende su una superficie di 4.992 km² e comprende 82 comuni. Confina ad ovest con la provincia di Trapani, a sud con la provincia di Agrigento e la provincia di Caltanissetta, ad est con la provincia di Messina e la provincia di Enna. La provincia di Palermo è la più popolata della Sicilia, e la sua densità demografica risulta superiore alla media nazionale e regionale.

Nel 2011 nella provincia di Palermo si registra una natalità più alta rispetto alla regione (10,2), mentre l'indice di dipendenza degli anziani nello stesso periodo evidenzia un valore più basso (28,6) rispetto al valore siciliano. Nella popolazione della provincia di Palermo il processo di invecchiamento risulta in diminuzione registrando un valore più basso nel periodo considerato (113,4) rispetto al dato regionale.

1.2 Il territorio - Il territorio provinciale occupa una porzione notevole del settore nord-occidentale della Sicilia: il territorio palermitano infatti, si spinge fino a Pollina, ultimo comune costiero prima del confine con la provincia di Messina. Fa parte del territorio provinciale anche l'isola di Ustica,

che, al contrario delle altre isole minori che attorniano la Sicilia, non appartiene ad alcun arcipelago. Inoltre, sono di competenza dell'ASP di Palermo anche le isole di Lampedusa e Linosa. La divisione altimetrica vede prevalere il territorio collinare e quello montuoso. Come in tutte le province siciliane, ad eccezione di quella ennese, nel Palermitano vi sono laghi di origine esclusivamente artificiale, perlopiù dighe di varie dimensioni situate nel retroterra collinare della provincia. Il bacino di maggior rilievo è il Lago di Piana degli Albanesi. Pochi sono inoltre i fiumi, a carattere prettamente torrentizio. Il clima della Provincia di Palermo è caratterizzato da temperature miti, da precipitazioni concentrate soprattutto nel semestre invernale con inverni generalmente brevi e freschi ed estati lunghe e torride.

1.3 L'economia - L'agricoltura è fortemente sviluppata: la provincia è infatti una delle maggiori produttrici di limoni in Europa. Grande successo ha riscosso la produzione di cotone, settore in cui l'isola intera primeggia a livello nazionale. Non ultima la viticoltura, principalmente sviluppata nelle colline dell'interno. Attività decisamente marginale è, al contrario, l'allevamento, mentre ricopre un ruolo di rilievo la pesca. L'industria si incentra su alcuni poli industriali di rilievo: tra questi, i cantieri navali di Palermo, tra i più importanti del Paese a fianco di quelli di Genova. Termini Imerese è un polo industriale di notevole importanza, poiché vi sono impianti a forte impatto occupazionale. Sempre a Termini Imerese, sorge una delle maggiori centrali termoelettriche del Paese. La produzione di energia è completata da impianti di energia alternativa, quali il campo fotovoltaico di Ciminna e alcuni impianti per la produzione di energia eolica che si trovano nelle colline dell'interno. Nel campo del commercio, la rete di distribuzione è accentrata nel capoluogo e nei grossi comuni dell'hinterland. Sono presenti in provincia centri commerciali di ampie dimensioni, nonché le succursali di quasi tutte le grandi catene commerciali internazionali. Il settore dei servizi è rilevante, giacché Palermo è sede di uffici regionali, provinciali e comunali

UCMHA		Donne					Uomini		Donne				
Rango	Grandi Categorie ICD K - Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	Anni di vita persi a 75 anni	Grandi Categorie ICD K - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	Anni di vita persi a 75 anni	
1	MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	2026	36,5	336,8	239,7	51508,5	MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	2451	43,4	378,5	169,4	24014,5	
2	TUMORI MALIGNI	1668	30,1	277,3	210,1	78193	TUMORI MALIGNI	1235	21,9	190,8	120,4	65050,5	
3	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	408	7,4	67,9	46,9	7826,5	MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	358	6,3	55,3	27,7	7791	
4	MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	274	4,9	45,6	33,0	10382,5	STATI MORBOSI MALDEFINITI	250	4,3	44,8	19,4	3709	
5	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	238	4,3	39,6	30,6	13317,5	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	275	4,8	42,4	19,6	3942	
6	CAUSE ACCIDENTALI	201	3,6	33,4	28,4	31350	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	225	4,0	34,7	18,5	5792,5	
7	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	172	3,1	28,5	20,4	7422,5	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	209	3,7	32,3	16,1	5141	
8	STATI MORBOSI MALDEFINITI	172	3,1	28,5	21,6	9894,5	DISTURBI PSICHICI	180	2,8	24,7	10,5	1365	
9	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	117	2,1	19,5	13,7	2457,5	CAUSE ACCIDENTALI	143	2,5	22,1	11,7	5612,5	
10	DISTURBI PSICHICI	191	3,8	36,8	11,7	2107,5	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	127	2,2	19,7	9,3	1835	
11	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	42	0,8	7,0	5,4	2402,0	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	41	0,7	3,3	4,0	2582,5	
12	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	36	0,6	5,9	7,9	17857	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	30	0,5	4,7	6,7	14795	
13	MALATTIE INFETTIVE	28	0,5	4,6	3,7	2022,5	MALATTIE INFETTIVE	28	0,5	4,2	2,6	1302	
14	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMORPOETICI	15	0,3	2,6	1,8	540	MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	26	0,5	3,9	2,2	905	
15	MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	11	0,2	1,8	1,3	365	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMORPOETICI	19	0,3	3,0	1,8	789,5	
16	MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	3	0,1	0,4	0,3	140	MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	3	0,1	0,4	0,3	92,5	
17	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	0	0	0	0	0	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	1	0,0	0,1	0,1	222,5	
	TUTTE LE CAUSE	5545	100	922,0	561,2	242998	TUTTE LE CAUSE	5648	100	872,2	442,3	147192,5	

2.1 Mortalità per grandi gruppi di cause

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCAm. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

Le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi (seppur a ranghi invertiti), si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore. Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono il diabete e il tumore della mammella, mentre negli uomini si aggiungono i tumori dell'apparato respiratorio, il diabete e le broncopatie.

Mortalità infanziale	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Riduzione % (1995-2010)
Tasso mortalità infanziale (/1000 nati vivi)													
ASP 6 Palermo	7,2	5,9	5,7	5,6	4,9	4,6	5,3	3,5	3,4	4,6	3,2	3,9	45%
Sicilia	8,3	6,0	6,3	6,6	5,1	5,2	5,6	4,5	4,9	5,1	5,0	4,8	43%
Italia	6,1	4,3	4,4	4,1	3,7	3,7	3,8	3,7	3,5	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

2.2 Mortalità infanziale

Fonte: Base dati HFA (anni 1995-2003) ed elaborazione DASOE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

Negli anni 2000-2010 non si osservano sostanziali differenze nell'andamento della mortalità infanziale nella provincia di Palermo, tuttavia un certo decremento si osserva nell'ultimo biennio considerato. Tale andamento, tuttavia, si mantiene tendenzialmente più basso (3,9% nel 2010) rispetto al tasso di mortalità infanziale della regione per tutto il periodo considerato.

2.3 Mortalità prematura

Rango	Sottocategorie ICD IX - Uomini	Anni di vita persi a 75 anni	Sottocategorie ICD IX - Donne	Anni di vita persi a 75 anni
1	T. M. Trachea, bronchi, polmoni	23145	T. M. Mammella	14130
2	Malattie ischemiche del cuore	20517,5	T. M. Trachea, bronchi, polmoni	7737,5
3	Infarto Miocardico Acuto	14230	Malattie cerebrovascolari	7262
4	Cirrosi epatica	9922,5	Malattie ischemiche del cuore	6565
5	Malattie cerebrovascolari	9664,5	T. M. Colon Retto	6265
6	Aritmie Cardiache	9196,5	Diabete mellito	4890
7	T. M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	6947,5	T. M. Sistema Nervoso Centrale	4620
8	T. M. Colon Retto	6930	T. M. Ovaio	4315
9	Diabete mellito	6687,5	T. M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	4172,5
10	T. M. Sistema Nervoso Centrale	5475,5	Infarto Miocardico Acuto	4060
	Tutte le cause	242998	Tutte le cause	147152,5

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

L'analisi per gli anni di vita perduti con le morti premature rispetto all'età considerata (75 anni) costituisce una misura chiave del peso sociale ed economico per la comunità delle varie cause di morte.

Negli uomini tra le prime cause si evidenziano i tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni (prima causa), le malattie circolatorie e la cirrosi (quarta causa). Nel sesso femminile, si conferma l'alto impatto in termini di mortalità prematura del tumore della mammella, che sotto tale profilo anche a Palermo costituisce la prima causa per anni di vita perduti, come nel resto della Sicilia. L'analisi per sottocategorie evidenzia inoltre tra le prime cause, oltre ai tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni (seconda causa), le malattie circolatorie.

Indicatori carico di malattia	Sicilia		ASP 6 Palermo		Distretto di Bagheria		Distretto di Carini		Distretto di Cefalù		Distretto di Corleone		Distretto di Lercara Friddi		Distretto di Misilmeri		Distretto di Palermo metropolitana		Distretto di Partinico		Distretto di Petralia Soprana		Distretto di Termini Imerese		Distretto di Lampedusa e Linosa		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Mortalità per Grandi Cause																											
Numero medio annuale di decessi	23341	23342	5545	5648	360	340	275	242	349	250	156	152	191	190	256	235	3200	3378	335	331	182	190	307	306	22	18	
Tasso Standardizzato x 100.000	675,4	439,5	681,2	442,3	697,7	469,2	632,5	465,9	598,1	377,0	590,9	382,8	619,1	444,7	620,8	427,3	722,6	454,4	641,8	454,1	579,3	390,4	616,7	440,7	557,4	430,8	
Mortalità per Malattie del Sistema circolatorio																											
Numero medio annuale di decessi	3009	10949	2025	2451	142	169	94	103	102	120	68	72	81	93	101	118	1099	1387	129	151	38	94	123	138	3	7	
Tasso Standardizzato x 100.000	249,6	180,8	230,7	169,4	263,5	236,3	214,1	153,3	225,3	153,9	232,5	159,0	242,2	183,2	239,5	186,0	242,3	165,1	234,8	182,9	238,3	171,5	234,8	173,7	220,9	160,0	
Mortalità per Diabete																											
Numero medio annuale di decessi	1334	1415	251	332	16	29	11	15	7	12	3	13	8	12	12	17	151	199	15	22	8	15	13	16	1	2	
Tasso Standardizzato x 100.000	28,5	25,1	29,5	24,9	28,9	35,8	25,3	24,2	18,4	18,0	30,3	28,5	25,9	27,7	27,1	30,9	32,8	24,7	27,2	27,4	25,1	29,1	35,6	19,1	28,7	48,9	
Mortalità per BPCO																											
Numero medio annuale di decessi	1919	458	239	120	16	6	14	5	10	4	7	5	9	3	12	4	139	76	18	8	7	3	17	8	0	8	
Tasso Standardizzato x 100.000	25,7	7,9	26,9	8,7	30,4	7,3	28,7	6,5	29,5	5,8	21,1	11,1	25,9	5,6	24,7	6,8	27,5	9,4	28,9	10,1	15,8	5,1	29,6	9,5	9,8	27	

2.4 Mortalità generale per Azienda e per Distretti

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNcAM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

La mortalità generale mostra tassi lievemente superiori alla media regionale, mentre dal confronto con la Regione per principali sottocategorie diagnostiche (diabete tra gli uomini e BPCO in entrambi i sessi), si rilevano tassi di mortalità più elevati con differenze tuttavia non sempre significative. Negli undici distretti della provincia di Palermo, nel periodo 2004-2011, emergono alcuni eccessi di mortalità statisticamente significativi per alcune patologie croniche, alcuni dei quali rilevabili anche a carico dell'intera provincia. In particolare:

- nel distretto di Bagheria rispetto al dato regionale, si registrano tassi di mortalità più elevati in entrambi i generi per tutte le cause per malattie circolatorie e per diabete, mentre tra i soli uomini si rileva un tasso di mortalità per BPCO superiore alla media regionale;
- nel distretto di Carini emergono eccessi significativi in entrambi i sessi per quanto riguarda le broncopatie;
- nel distretto di Cefalù non emergono eccessi significativi in entrambi i sessi rispetto al riferimento regionale;
- nel distretto di Corleone si registrano tassi di mortalità più elevati per diabete in entrambi i generi, mentre nelle donne questi si limitano alle broncopatie.

Indicatori Mortalità oncologica	Sicilia		ASP 6 Palermo		Distretto di Bagheria		Distretto di Carini		Distretto di Cefalù		Distretto di Corleone		Distretto di Lercara Friddi		Distretto di Misilmeri		Distretto di Palermo metropolitana		Distretto di Partinico		Distretto di Petralia Soprana		Distretto di Termini Imerese		Distretto di Lampedusa e Linosa		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Mortalità per Tumori																											
Numero medio annuale di decessi	8822	4959	1868	1235	110	73	92	59	65	47	38	30	48	40	71	46	1902	764	99	71	48	31	86	73	9	5	
Tasso Standardizzato x 100.000	202,8	116,0	210,1	129,4	207,2	111,3	212,2	111,4	167,7	94,6	169,7	98,3	168,2	116,4	180,3	107,2	228,0	126,3	196,4	117,9	163,3	87,7	180,1	131,0	252,1	139,9	

2.5 Oncologia

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNcAM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

Il confronto dell'andamento dei tassi standardizzati della provincia di Palermo in entrambi i generi mostra livelli di mortalità più alti (uomini 210,1; donne 120,4) rispetto al valore regionale nel complesso delle cause tumorali.

Riguardo alla distribuzione della mortalità nella provincia, in quasi tutti i distretti non sono stati registrati eccessivi tassi di mortalità per cause tumorali ed il profilo della mortalità per tali patologie sembra riprodurre quello provinciale con lievi incrementi di mortalità in entrambi i generi nei distretti



di Palermo metropolitana (uomini 228,0; donne 126,8) e di Lampedusa e Linosa (uomini 252,1; donne 139,9).

Tra i soli uomini si osservano alcuni incrementi rispetto al riferimento regionale nei distretti di Bagheria (207,2) e Carini (211,2) mentre tra le donne si registrano alcuni aumenti nei distretti di Lercara Friddi (116,4), Partinico(117,9) e Termini Imerese (131,0).

Stima dei nuovi casi incidenti e dei casi prevalenti Età 0-84	Sicilia		ASP 6 Palermo	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
<i>Casi Incidenti</i>	8987	7004	2222	1731
<i>Casi Prevalenti</i>	41141	49564	10170	12253

Incidenza e prevalenza

Fonte : Elaborazione su Stime MIAMOD



ALLEGATO 2

LE SCHEDE DI PERFORMANCE
ORGANIZZATIVA PER STRUTTURA
CON I RISULTATI

Risultati obiettivi performance organizzativa anno 2018

Struttura	Punteggio		note
UOC Coord. Staff Strategico	100/100=	100%	
UOC Programm. Controllo di Gestione-SIS	100/100=	100%	
UOC Legale	100/100=	100%	
UOC Psicologia	95/100=	95%	punti 0 obiettivo 2.1
UOC Servizio Prevenzione e Protezione	95/100=	95%	punti 0 obiettivo 2.1
UOS Sorveglianza Sanitaria	100/100=	100%	
Dipartimento di Prevenzione	84,33/85** =99,21%		punti 9,36 ob.5 punti 9,97 ob 5.4
- UOC Sanità Pubbl.Epidem.Med.Prev.	88,95/95* = 93,63%		punti 4,02 ob 5.1 punti 3,81 ob 8.1 punti 3,93 ob 10.1
- UOC Igiene negli ambienti di vita	100/100=	100%	
- UOC Ig.degli alimenti,sorveglianza e prev.nutrizion	100/100=	100%	
- UOC Prevenz. E sicurezza negli ambienti di lavoro	99,72/100 = 99,72%		punti 9,72 ob. 7.1
- UOC Impiantistica e antinfortunistica	95/95* =	100%	
- Laboratorio medico di sanità pubblica	95/95* =	100%	
- UOC HACCP – RSO	100/100=	100%	
Dipartimento di Prevenzione Veterinario	84,99/85** = 99,98%		punti 17,49 ob.5.1
- UOC Sanità animale Area A	99,95/100 = 99,95%		punti 9,5 ob.4.1
- UOC Igiene produzione alimenti origine animale - Area B	100/100=	100%	
- UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche - Area C	100/100=	100%	
- UOC Igiene urbana e lotta al randagismo	100/100=	100%	
Dipartimento di Salute Mentale, Dip. Patologiche e Neuropsich.	85/85** =		100%
- UOC Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	100/100=	100%	
- UOC Dipendenze patologiche	100/100=	100%	
- UOC Modulo 1	100/100=	100%	
- UOC Modulo 2	100/100=	100%	
- UOC Modulo 3	100/100=	100%	
- UOC Modulo 4	100/100=	100%	
- UOC Modulo 5	100/100=	100%	
- UOC Modulo 6	100/100=	100%	
- UOC Modulo 7	100/100=	100%	
- UOC Modulo 8	100/100=	100%	
- UOC Modulo 9	100/100=	100%	
Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino	88,87/90** = 98,74%		punti 4.65 ob 12.2 punti 4.72 ob 12.4 punti 4.50 ob 12.6

- UOC Salute della donna e del Bambino Territoriale	100/100= 100%	
- UOC Ginecologia e Ostetricia - PO Partinico	93,08/100= 93,08%	punti 3.08 ob.5.1
- UOS Pediatria - PO Partinico	100/100= 100%	
- UOC Ginecologia e Ostetricia - PO Termini I.	94,30/100= 94,30%	punti 4.30 ob.5.1
- UOC Pediatria - PO Termini Imerese	100/100= 100%	
- UOC Ginecologia e Ostetricia - PO Ingrassia	90,00/100= 90,00%	punti 0 ob.5.1
- UOC Neonatologia - PO Ingrassia	100/100= 100%	
Dipartimento Farmaceutico	80/80***= 100%	
- UOC Farmacie	100/100= 100%	
- UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia	100/100= 100%	
- UOC Distretto farmaceutico PA 1	100/100= 100%	
- UOC Distretto farmaceutico PA 2	100/100= 100%	
Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio	85/85**= 100%	
- UOC Patologia Clinica - PO Partinico	100/100= 100%	
- UOC Patologia Clinica - PO Termini Imerese	100/100= 100%	
- UOC Patologia Clinica - PO Ingrassia	100/100= 100%	
- UOC Anatomia Patologica - PO Ingrassia	100/100= 100%	
- UOC Medicina trasfusionale di Cefalù	100/100= 100%	
Dipartimento di Diagnostica per Immagini	90/90**= 100%	
- UOC Radiodiagnostica + TAC e RM – PO Partinico	100/100= 100%	
- UOC Radiodiagnostica + TAC e RM – PO Termini Imerese	100/100= 100%	
- UOC Radiodiagnostica + TAC e RM – PO Ingrassia	100/100= 100%	
Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore	82,14/90**= 91,27%	punti 17,05 ob.6.1 punti 19,09 ob.6.2 punti 16,00 ob.6.3
- UOC Anestesia e Rianimazione - PO Partinico	85,24/100= 85,24%	punti 5,24 ob.4.1
- UOC Anestesia e Rianimazione - PO Termini Imerese	95,45/100= 95,45%	punti 15,45 ob.4.1
- UOC Anestesia e Rianimazione - PO Ingrassia	80/100 = 80%	punti 0 ob.4.1
UOC Programm. Organizz. Attività Cure Primarie	85/85**= 100%	
UOC Medicina Legale e Fiscale	85/85**= 100%	
UOC Integrazione Socio-Sanitaria	85/85**= 100%	
UOC Ospedalità Pubblica	85/85**= 100%	
UOC Ospedalità Privata	85/85**= 100%	
UOC Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare CARAD)	85/85**= 100%	
Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari Generali	95/95*= 100%	
- UOC Gestione Giuridica e Sviluppo Organizz.	100/100= 100%	
- UOC Gestione Economica e Previdenziale	100/100= 100%	
- UOC Trattamento Econ. Personale Conv.	100/100= 100%	
- UOC Affari Generali e Convenzioni	100/100= 100%	

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico	95/95*= 100/100=	100% 100%	
- UOC Bilancio e Programmazione	100/100=	100%	
- UOC Contabilità analitica e patrimonio	100/100=	100%	
- UOC Contabilità Generale e gestione tesoreria	100/100=	100%	
- UOC Progettazione e manutenzione	100/100=	100%	
- UOC Provveditorato	100/100=	100%	
- UOC Logistica e gestione servizi esternalizzati	100/100=	100%	
Distretto Sanitario n. 33 di Cefalù	85/85**= 85/85**=	100% 100%	
Distretto Sanitario n. 34 di Carini	85/85**=	100%	
Distretto Sanitario n. 35 di Petralia Sottana	85/85**=	100%	
Distretto Sanitario n. 36 di Misilmeri	85/85**=	100%	
Distretto Sanitario n. 37 di Termini Imerese	85/85**=	100%	
Distretto Sanitario n. 38 di Lercara Friddi	85/85**=	100%	
Distretto Sanitario n. 39 di Bagheria	85/85**=	100%	
Distretto Sanitario n. 40 di Corleone	85/85**=	100%	
Distretto Sanitario n. 41 di Partinico	85/85**=	100%	
Distretto Sanitario n. 42 di Palermo	85/85**=	100%	
- PTA Biondo	100/100=	100%	
- PTA Casa del Sole	100/100=	100%	
- PTA E.Albanese	100/100=	100%	
- PTA Guadagna	100/100=	100%	
UOC Coordinamento Amm.vo PO integrati PA1	75/75**=	100%	
UOC Coordinamento Amm.vo PO integrati PA2	75/75**=	100%	
UOC Coordinamento Amm.vo PO integrati PA3	75/75**=	100%	
<i>P.O. Civico di Partinico</i>			
- UOC Direzione Sanitaria	70/70**=	100%	
- UOC Medicina Interna	100/100=	100%	
- UOC Chirurgia Generale	85,99/100=	85,99%	punti 5,99 ob.4.1
- UOC Cardiologia-UTIC	100/100=	100%	
- UOC Ortopedia e Traumatologia	88,93/100=	88,93%	punti 3,93 ob.4.2
<i>P.O. dei Bianchi di Corleone</i>			
- UOS Funzioni igienico-organizzative	70/70**=	100%	
- UOC Medicina Interna	100/100=	100%	
- UOS Chirurgia Generale	100/100=	100%	
<i>P.O. Cimino di Termini Imerese</i>			
- UOS Direzione Sanitaria	70/70**=	100%	
- UOC Medicina Interna	100/100=	100%	
- UOC Chirurgia Generale	91,89/100=	91,89%	punti 11,89 ob.4.1
- UOC Ortopedia e Traumatologia	96,59/100=	96,59%	punti 11,59 ob.4.2
- UOC Oterinolaringoiatria	100/100=	100%	
<i>P.O. Madonna dell'Alto di Petralia</i>			
- UOS Funzioni igienico-organizzative	70/70**=	100%	
- UOC Medicina Interna	100/100=	100%	
<i>P.O. Ingrassia di Palermo</i>			
- UOC Direzione Sanitaria	70/70**=	100%	

- UOC Medicina Interna	90/90=	100%	
- UOC Chirurgia Generale	72,17/75=	96,23%	punti 17,17 ob.4.1 ob.5.1 (non pertinente)
- UOC Ortopedia e Traumatologia	85/100=	85%	punti 0 ob.4.2
- UOC Cardiologia - UTIC	91,86/100=	91,86%	punti 12,84 ob 4.1 punti 8,84 ob.5.1
- UOC Geriatria	100/100=	100%	
- UOS Gastroenterologia	100/100=	100%	
<i>C.R.A.S. "Villa delle Ginestre" di Palermo</i>			
- UOC Medicina fisica e riabilitazione intensiva	100/100=	100%	
- UOC Medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale	100/100=	100%	

NOTE:

* L'obiettivo PAC è stato escluso in quanto non è stato assegnato da parte del RUP dei PAC.

**I seguenti obiettivi sono stati esclusi: obiettivo PAC (in quanto non è stato assegnato da parte del RUP dei PAC) e obiettivi sull'informatizzazione (in quanto non si sono create le condizioni per il raggiungimento).

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	-	-	-	-
4	Riorganizzazione e adeguamento normativo del protocollo generale	4.1	Redazione del manuale del Protocollo generale aziendale e implementazione dello stesso	5	SI (allegare manuale)	SI	5
5	Supporto per la realizzazione della progettazione aziendale (U.O. Progettazione)	5.1	Supporto ai Responsabili di progetto per la realizzazione della progettazione aziendale	10	SI (allegare relazione)	SI	10
6	Monitoraggio/Supporto negli ambiti della qualità e del governo clinico (U.O. Qualità)	6.1	Monitoraggio/Supporto alle strutture aziendali per le attività nell'ambito della Qualità e del Governo clinico	15	SI (allegare relazione)	SI	15
7	Monitoraggio/Supporto negli ambiti della qualità e del governo clinico (U.O. Risk management)	7.1	Monitoraggio/Supporto alle strutture aziendali per le attività nell'ambito del Risk management	10	SI (allegare relazione)	SI	10
8	Elaborazione di Piano formativo aziendale ECM (U.O. Formazione)	8.1	N. corsi formativi ECM realizzati / N. corsi formativi ECM indicati nel Piano formativo ECM	10	>=50%	6/8 75%	10
9	Realizzazione del programma regionale per la misurazione della qualità percepita (U.O. Comunicazione e informazione)	9.1	Realizzazione delle attività di competenza relative alla misurazione della qualità percepita secondo il sistema regionale	15	SI (allegare relazione)	SI	15
10	Applicazione delle procedure interne per la valutazione individuale del personale dipendente (U.O. Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane)	10.1	N. valutazioni individuali che seguono le procedure interne / N. valutazioni individuali pervenute	10	>=90%	9.406 / 9.406 100%	10
11	Piano di prevenzione aziendale (U.O. Educazione alla salute aziendale)	11.1	Coordinamento funzionale della rete aziendale "Attivatori di comunità" per la realizzazione di Progetti di promozione della salute connessi al PRP 2014-2018 e al PAP pluriennale	10	SI (allegare relazione)	SI	10
12	Relazione sulle attività degli uffici della Direzione Aziendale	12.1	Relazione sulle attività degli uffici della Direzione Aziendale	5	SI (allegare relazione)	SI	5
			totale peso	100			100

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Piano della performance	4.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Piano sulla performance" anno 2018	15	SI (allegare documentazione)	SI	15
5	Relazione sulla gestione	5.1	Trasmissione alla UOC Bilancio e Programmazione della "Relazione sulla Gestione" 2017 in conformità al titolo II del DLGS 118/2011	15	SI (allegare documentazione)	SI	15
6	Relazione sulla performance aziendale	6.1	Proposta di delibera per l'adozione della "Relazione sulla Performance" anno 2017	15	SI (allegare documentazione)	SI	15
7	Applicazione DDG 835/2014 "Linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di Controllo di Gestione"	7.1	Conto gestionale per UU.OO. dei Presidi Ospedalieri	15	SI (allegare documentazione)	SI	15
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	15	SI (allegare report)	SI	15
		8.2	Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento	15	SI (allegare relazione)	SI	15
				totale peso			100

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

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Legale

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Monitoraggio delle attività di gestione del contenzioso	4.1	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.	10	Si (allegare report)	SI	10
		4.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento	6	Si (allegare documentazione)	SI	6
		4.3	N. procedure attivate per recupero crediti / N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite	6	100%	38/38 100%	6
		4.4	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	6	Si (allegare report)	SI	6
		4.5	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai Legali con adozione delle relative determinazioni entro il mese successivo al trimestre di riferimento	6	Si (allegare documentazione)	giustificato	6
5	Monitoraggio delle attività relative al contenzioso del lavoro	5.1	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.	10	Si (allegare report)	SI	10
		5.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento.	6	Si (allegare documentazione)	SI	6
		5.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	Si (allegare documentazione)	SI	5
		5.4	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai legali con adozione delle relative determinazioni entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	Si (allegare documentazione)	SI	5
6	Monitoraggio delle attività relative alla gestione sinistri del personale	6.1	Gestione assicurativa polizze RCT/O - Infortuni - Kasko: N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri/N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti	10	> 80%	234/234 100%	10
		6.2	Gestione liquidazione franchigia: N. totale liquidazioni effettuate in franchigia / N. di sinistri da liquidare in franchigia	5	> 80%	8/8 100%	5
		6.3	Procedure denunce sinistri: N. Polizza gestite/N. procedure avviate	5	> 80%	3/3 100%	5
7	Monitoraggio delle attività relative alle sanzioni	7.3	Produzione di report direzionale delle attività relative alle sanzioni	5	Si (allegare report)	SI	5
8	Regolamentazione tariffe per compensi legali	8.1	Redazione del regolamento sulle tariffe da applicare agli avvocati esterni	5	Si (allegare regolamento)	SI	5
				totale peso	100		100

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

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Psicologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	non pervenuto dal Responsabile della Trasparenza	0
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	--	--	--	--
4	Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari	4.1	Elaborazione/revisione di documento organizzativo della UOC e sua trasmissione all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI (allegare documento)	SI	10
5	Organizzazione eventi formativi destinati agli Psicologi dell'ASP	5.1	N. eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia	15	>=1	4	15
6	Potenziamento e supporto ai percorsi integrati su target prioritari per gli aspetti psicologici	6.1	Potenziamento e supporto psicologico specifico al Percorso integrato per paziente minore con diabete mellito e per familiari e care giver: N. Interventi di gruppo "informativi/educativi/di educazione terapeutica" per pazienti minorenni e giovani adulti con diabete mellito e per familiari e care giver	15	Rilevazione (allegare report)	SI	15
7	Potenziamento dell'attività rivolta ai nuovi pazienti e pazienti fragili	7.1	N° nuovi pazienti in carico 2018/N° nuovi pazienti in carico 2017	10	> 1 (allegare report)	409/396 >1	10
		7.2	N pazienti anziani (over-64) presi in carico per trattamenti riabilitativi psicoterapeutici anno 2018 / N pazienti anziani (over-64) presi in carico per trattamenti riabilitativi psicoterapeutici anno 2017	15	> 1 (allegare report)	115/110 >1	15
		7.3	N. pazienti migranti minori non accompagnati presi in carico per supporto psicologico anno 2018 / N. pazienti migranti minori non accompagnati presi in carico per supporto psicologico anno 2017	15	> 1 (allegare report)	110/80 >1	15
9	Obiettivi Contrattuali Generali: Rispetto della Direttiva flussi informativi rispetto a tempi di trasmissione, procedure di certificazione (congruità) e qualità dei flussi	9.1	Trasmissione dei flussi informativi di pertinenza secondo Direttiva con percentuale di scarti non superiore all'1% dei record trasmessi	10	SI	SI	10
				totale peso	100		95

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	non pervenuto dal Responsabile della Trasparenza	0
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	--	--	--	--
4	Progettazione di un sistema di segnaletica di sicurezza antincendio nelle strutture specialistiche ambulatoriali di superficie 500-1000mq	4.1	Numero di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. 500-1000 mq nelle quali è stato predisposto sistema di segnaletica di sicurezza antincendio / Numero complessivo di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. 500-1000 mq	35	>=40%	5 / 12 41,67%	35
5	Progettazione di un sistema di segnaletica di sicurezza antincendio nelle strutture specialistiche ambulatoriali di superficie >1000mq	5.1	Numero di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. >1000 mq nelle quali è stato predisposto sistema di segnaletica di sicurezza antincendio / Numero complessivo di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. >1000 mq	35	>=40%	8 / 20 40%	35
6	Monitoraggi ambientali per rischio chimico nelle sale operatorie	6.1	Numero di sale operatorie in cui si effettua il monitoraggio delle concentrazioni gas aerodispersi / Numero complessivo di laboratori di sale operatorie	15	>=80%	16 / 16 100%	15
7	Valutazione soggettiva rischio SLC nei front-office dei PP.TT.AA del Comune di Palermo	7.1	N. PTA nei quali si effettua la valutazione soggettiva SLC / N.complesivo di PTA ricadenti nel Comune di Palermo	5	>=60%	5 / 5 100%	5
			totale peso	100			95

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

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sorveglianza Sanitaria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	--	--
4	Sorveglianza sanitaria in ambito aziendale	4.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del dl 81/2008	45	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	100%	45
5	Sorveglianza sanitaria in ambito nei confronti di soggetti esterni	5.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale dipendente da aziende o ditte esterne convenzionate nell'anno 2018 / N. lavoratori inviati a visita medica dal datore di lavoro nell'anno 2018	45	>=90%	2.238 / 2.238 100%	45
			totale peso	100			100

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

Dipartimento di Prevenzione

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) Area PAC: 1.5 <i>Procedura Amministrativa per la gestione degli acquisti di prestazioni sanitarie da privato.</i>	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
		5.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	10	95%	88,95%	9,36
		5.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	10	100%	100%	10
		5.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	10	100%	100%	10
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento.	5.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	10	100%	99,72%	9,97
		5.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	10	95%	95%	10
		5.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	10	95%	95%	10
		5.7	UOC HACCP - RSO	10	100%	100%	10
6	Supporto alla informatizzazione	6.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		6.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
			totale peso	85			84,33

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

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) Area PAC: E1 <i>Procedura amministrativa di gestione degli inventari di magazzino</i> .	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
<i>Screening oncologici</i>							
4	Estensione dei programmi di screening del cervicocarcinoma	4.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	5	100%	120.654/117.494 >100%	5
	Adesione del programma di screening del cervicocarcinoma	4.2	Rilevazione quadrimestrale dell'indicatore: N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3	Sì (allegare report)	19.561 / 117.056	3
5	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	5.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	5	100%	70.025 / 87.135 80,4 %	4,02
	Adesione del programma di screening del tumore della mammella	5.2	Rilevazione quadrimestrale dell'indicatore: N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3	Sì (allegare report)	25.976 / 87.135	3
6	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	6.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	5	100%	177.941 / 166.253 >100%	5
	Adesione del programma di screening del tumore del colon retto	6.2	Rilevazione quadrimestrale dell'indicatore: N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3	Sì (allegare report)	23.498 / 173.940	3
7	Coinvolgimento e collaborazione dei MMG	7.1	N. di MMG coinvolti / N. MMG	4	>= 60%	1.070 / 1.070 100%	4
8	Riduzione inviti inesitati	8.1	N. inviti inesitati / N. totale di inviti	4	<= 2,5%	10.927 / 372.620 2,93%	3,81
9	Accordi tra ASP e Aziende Ospedaliere per gestione CUP	9.1	N. Aziende Ospedaliere della provincia con le quali si sono stipulati accordi/N. Aziende Ospedaliere	3	>= 60%	3 / 3 100%	3

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
<i>Coperture Vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive</i>							
10	1.3.A Implementazione della copertura vaccinale (D.A. N. 38/2015)	10.1	N. soggetti vaccinati / popolazione target residente	5	Morbillo Parotite Rosolia 1a dose - 95% Coorte 2016 2a dose - 95% Coorti 2002 e 2000 Varicella 1a dose-95% Coorte 2016 2a dose - 95% Coorti 2002 e 2000	Morbillo Parotite Rosolia 1a dose Coorte 2016 9.961/10.719=92,9% 2a dose Coorti 2002 9.417/13.354=70,5% 2a dose Coorti 2000 8.847/13.383=66,1% 76,5% Varicella 1a dose Coorte 2016 9.625/10.719=89,9% 2a dose Coorti 2002 9.881/13.354=73,9% 2a dose Coorti 2000 7.360/13.383=55% 72,9%	3,93
11	1.3.B - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (D.A. N. 38/2015)	11.1	Relazione sulle attività svolte	5	SI	SI	5
12	1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale nell'anno 2018 (PRP 2014/2018)	12.1	N. vaccinazioni registrate nel 2018 / N. vaccinazioni effettuate nel 2018	5	100%	100%	5
13	1.3.D - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	13.1	N. Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale / N. di casi. Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita notificati	5	≥ 85 %	Morbillo 24 / 35 68,57 % Rosolia 0 / 0 100%	5
14	1.3.E - Genotipizzazione virale	14.1	Individuazione dei focolai di morbillo, rosolia e rosolia congenita mediante l'identificazione del genotipo virale isolato	5	100%	Morbillo 0 Rosolia 0	5
15	1.3.F- Notifica delle malattie infettive	15.1	N. di notifiche delle malattie infettive / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5	100%	Morbillo 35 / 19 MBI 9 / 9 TBC 34 / 32	5
<i>Altri obiettivi</i>							
16	Vaccinazioni internazionali	16.1	N. di soggetti sottoposti a vaccinazioni internazionali / N. di soggetti che ne fanno richiesta idonei alla vaccinazione	5	100%	4.400 / 4.400	5
17	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	17.1	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	5	100%	1.439 / 1.439	5
18	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	18.1	N. schede di morte codificate e registrate / N. schede di morte pervenute	5	100%	12.500 / 12.500 100%	5
		18.2	Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNcaM" (entro il 31 marzo 2018)	5	SI	SI	5
totale peso				95			88,95

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

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli ambienti di vita									
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO		
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5		5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5		5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per le linee di competenza della UOC	3.1	nessun adempimento previsto	---	---	---	---		---
4	Tutela Ambientale: Riunioni "focalpoint"	4.1	N. Riunioni realizzate / N. di Riunioni programmate	15	3 / 3 (allegare documentazione delle riunioni)	1 / 3 giustificato	15		15
5	Monitoraggio condizioni igieniche nelle carceri	5.1	N. Case Circondariali verificate/ n° Case Circondariali	15	100%	4 / 4 100%	15		15
6	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali	6.1	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	100%	140 / 140 100%	15		15
7	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006	7.1	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	100%	18 / 18 100%	15		15
8	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	8.1	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	100%	71 / 71 100%	15		15
9	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per la realizzazione di opere pubbliche	9.1	N. pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche	15	100%	136 / 136 100%	15		15
			totale peso	100			100		100

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

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per le linee di competenza della UOC	3.1	nessun <i>adempimento previsto</i>	---	---	---	---
Sicurezza Alimentare							
4	1.2.A Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari 2016 ai sensi del DDG n. 324/marzo 2016	4.1	1.2.A - Rispetto Flusso informativo	5	SI	SI	5
Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018							
Contaminazione Microbiologica degli Alimenti - DDG 1308/2015 Allegato 1							
5	Ristorazione (pubblica e privata)	5.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	10	231 / 231	233 / 231	10
6	Allergeni - DDG 1541/2015	6.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	3 / 3	22 / 3	5
7	Tenore di iodio nel sale arricchito e presenza del sale iodato nella distribuzione - DDG 1591/2015:	7.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	15 / 15	15 / 15	5
		7.2	N. punti vendita o centri cottura ispezionati / N. punti vendita o centri cottura da ispezionare	10	7 / 7	19 / 7	10
8	Controllo ufficiale sulla verifica della presenza delle impurità solide negli alimenti DDG 1308/2015 Allegato 6	8.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	17 / 17	17 / 17	5
Prodotti fitosanitari:							
9	Ispezioni presso le rivendite, i locali di deposito, gli esercizi di vendita, i depositi di stoccaggio delle ditte che vendono fitofarmaci e loro coadiuvanti all'utilizzatore finale PRIC 2015 - 2018 DDG 324 Tab. 1	9.1	N. ditte autorizzate ispezionate / N. ditte autorizzate	20	17 / 17	17 / 17	20
10	Ispezioni presso le aziende agricole: Controllo Ufficiale presso utilizzatori di fitofarmaci PRIC 2015 - 2018 DDG 324 Tab. 2	10.1	N. aziende registrate ispezionate / N. aziende registrate	20	20 / 20	21 / 20	20
Celiachia:							
11	Rispetto Flusso informativo	11.1	Trasmissione flussi informativi entro il 31 marzo	5	SI	SI	5
12	Alimenti Destinati ad un'Alimentazione Particolare (ADAP) - DDG 1308/2015 Allegato 4	12.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	12 / 12	23 / 12	5
			totale peso	100			100

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per le linee di competenza della UOC	3.1	nessun adempimento previsto	---	---	---	---
<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>							
4	Cantieri edili:	4.1	N. cantieri edili controllati / N. di notifiche preliminari anno 2017	20	>= 16%	237 / 1.291 18,3%	20
5	Aziende Agricole	5.1	N. di aziende agricole ispezionate / N. di aziende agricole ispezionabili	20	100% (168/168)	172 / 168 >100%	20
6	Attività di informazione e formazione	6.1	N. di iniziative di informazione e formazione realizzate / N. di iniziative di informazione e formazione da realizzare	10	100% (3 / 3) (allegare documento di programmazione e documentazione delle iniziative realizzate)	3 / 3 100%	10
<i>Attuazione direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale</i>							
7	Sorveglianza Sanitaria degli ex esposti secondo il protocollo del Coordinamento interregionale e di cui alla L.R. 10/2014.	7.1	N. di lavoratori ex esposti sottoposti ad accertamenti sanitari / N. di lavoratori ex esposti comunicati da INAIL/DASOE	10	100%	141 / 145 97,2%	9,72
<i>Altri obiettivi</i>							
8	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	8.1	N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF / N. segnalazioni pervenute nel 2018	10	100%	46 / 46 100%	10
9	Controlli nei cantieri bonifica amianto	9.1	N. di controlli / N. Piani di Lavoro presentati	10	>= 5%	140 / 702 19,9%	10
10	Sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale	10.1	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	10	100%	18 / 18 100%	10
				totale peso	100		99,72

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

Dipartimento di Prevenzione: UOC Impiantistica ed antinfortunistica							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) Area PAC: F1.8 Procedura amministrativa per l'erogazione e la fatturazione di servizi resi a pagamento.	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	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	4.1	Numero apparecchi verificati / Numero di richieste di verifica pervenute	15	≥ 70%	1.511 / 1.853 82%	15
		4.2	Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti	10	≥ 1	1	10
5	Incremento delle verifiche di apparecchi a pressione effettuate	5.1	N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate / N. verifiche apparecchi a pressione richieste x 100	15	≥ 55%	1.142 / 1.396 82%	15
6	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	6.1	N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste	10	≥ 70%	1.120 / 1.500 75%	10
		6.2	N. verifiche impianti di terra effettuate / N. verifiche impianti di terra richieste	10	≥ 70%	211 / 275 77%	10
6	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	6.3	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	≥ 90%	26 / 26 100%	15
		6.4	N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste	10	≥ 70%	1.050 / 1.203 87%	10
			totale peso	95			95

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

Dipartimento di Prevenzione: UOC Laboratorio medico di sanità pubblica							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) Area PAC : F1.8 <i>Procedura amministrativa per l'erogazione e la fatturazione di servizi resi a pagamento</i> .	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
<i>Tutela Ambientale:</i>							
4	1.4.F Acque di balneazione	4.1	Aggiornamento dei profili delle acque di balneazione. Consolidamento delle linee di costa, determinazione dei punti di monitoraggio ed acquisizione di tutte le informazioni predeutiche alla predisposizione del provvedimento regionale di regolamentazione della stagione balneare 2018	10	SI (allegare relazione)	SI	10
<i>Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018:</i>							
5	Contaminazione Microbiologica degli Alimenti - DDG 1308/2015 Allegato 1 Ristorazione (pubblica e privata)	5.1	N. campioni analizzati / N. campioni pervenuti	20	100%	426 / 426 100%	20
6	Alimenti Destinati ad un'Alimentazione Particolare (ADAP) - DDG 1308/2015 Allegato 4	6.1	N. campioni prelevati / N. campioni pervenuti (compresi i campioni provenienti da tutte le ASP secondo quanto previsto dallo specifico Piano Regionale)	25	100%	33 / 33 100%	25
7	Tenore di iodio nel sale arricchito e presenza del sale iodato nella distribuzione - DDG 1591/2015	7.1	N. campioni analizzati / N. campioni pervenuti	15	100%	148 / 148 100%	15
<i>Altri obiettivi</i>							
8	Tutela dei lavoratori e della collettività dal rischio amianto	8.1	N. di campioni analizzati per la ricerca ed identificazione delle fibre di amianto / N. di richieste di analisi (campioni prelevati + campioni pervenuti) per la ricerca e la identificazione delle fibre di amianto	15	100%	70 / 70 100%	15
				totale peso			95

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

Dipartimento di Prevenzione: UOC HACCP - RSO

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per le linee di competenza della UOC	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	---	---		
4	Controllo efficienza trattamento aria, microclima, concentrazione particelle nei presidi ospedalieri aziendali (Reperti operatori)	4.1	N. Reparti operatori aziendali controllati / N. reparti operatori aziendali	30	12 / 12 (100%)	13 / 13 100%	30
5	Controllo annuale dell'acqua dei riuniti odontoiatrici aziendali per la ricerca della presenza di Legionella Pneumophila	5.1	N. verifiche di tipo analitico riuniti odontoiatrici aziendali / N. riuniti odontoiatrici aziendali	30	15 / 15 (100%)	15 / 15 100%	30
6	Controllo annuale di tutte le strutture aziendali per HACCP	6.1	N. strutture aziendali verificate per HACCP / N. strutture aziendali pertinenti per HACCP	30	19 / 19 (100%) (allegare elenco)	19 / 19 100%	30
			totale peso	100			100

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

Dipartimento di Prevenzione Veterinario

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Sanità animale Area A	17,5	100%	99,95%	17,49
		5.2	UOC Igiene e produzione di alimenti di origine animali e loro derivati Area B	17,5	100%	100%	17,5
		5.3	UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche Area C	17,5	100%	100%	17,5
		5.4	UOC Igiene urbana e lotta al randagismo	17,5	100%	100%	17,5
6	Supporto alla informatizzazione	6.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		6.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			84,99

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

Dipartimento Prevenzione Veterinaria: UOC Sanità animale (Area A)

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello dipartimentale	--	--	--	--
4	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovicaprino controllabile (allevamenti e capi)	4.1	N. aziende bovine e ovi caprine controllate/N. aziende bovine e ovicaprine controllabili	10	100% allegare anche elenco aziende	9,779/9,827 99,5%	9,95
5	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	5.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	5	≤ 28 gg obiettivo raggiunto al 100% ≤ 30 gg obiettivo raggiunto al 75% ≤ 32 gg obiettivo raggiunto al 50% > 32 gg obiettivo raggiunto 0%	< 27 gg.e< 28 gg.	5
6	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	6.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	5	≤ 63 gg obiettivo raggiunto 100% ≤ 68 gg obiettivo raggiunto 75% > 68 gg obiettivo raggiunto 0%	<53 gg.	5
7	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine	7.1	N. aziende bovine controllate anagraficamente/N. aziende bovine controllabili	10	>= 5% (allegare anche elenco aziende)	222 / 2.534 8,8%	10
		7.2	N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. aziende ovi-caprine controllabili	10	>= 3% (allegare anche elenco aziende)	146 / 2.226 6,5%	10
8	Riduzione focolai della brucellosi bovina e ovi-caprina	8.1	Monitoraggio trimestrale dei focolai della brucellosi bovina e ovi-caprina	10	SI	SI	10

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Sanità animale (Area A)							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
9	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	9.1	N. eventi informativi realizzati nel 2018	10	>= 1 evento (documentare)	3	10
10	Prevenzione delle zoonosi	10.1	Numero indagini epidemiologiche effettuate nell'anno 2018 / N. di segnalazioni ricevute nell'anno 2018	10	100%	105 /105 100%	10
11	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	11.1	n. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate inserite nel SANAN / n. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate	10	100%	11.184 / 11.184 100%	10
12	Controllo e monitoraggio degli allevamenti suini per malattia vescicolare. Mantenimento standard (valido per accreditamento)	12.1	N.. di allevamenti controllati secondo il protocollo previsto / N.. di allevamenti controllati nel territorio di competenza	10	100% (allegare anche relazione sul mantenimento dello standard)	177 / 152 > 100%	10
			totale peso	100			99,95

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari	4.1	Rispetto flusso informativo	25	SI (allegare relazione)	SI	25
5	Verifica del rispetto della normativa relativa ad alimenti di origine animale negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	5.1	N. campioni alimentari di origine animale analizzati/N. campioni alimentari di origine animali programmati	20	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)	338 / 338 100%	20
6	Prevenzione e controllo delle zoonosi derivate dal consumo di alimenti	6.1	Numero controlli effettuati nell'anno 2018 / N. di segnalazioni ricevute nell'anno 2018	25	1	24 /24	25
7	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	7.1	N. eventi informativi realizzati nel 2018	20	>= 2 eventi (documentare)	8	20
				totale peso	100		100

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

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche (Area C)							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello dipartimentale	--	--	--	--
4	Ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	4.1	N. campioni di alimenti di origine animale analizzati/N. campioni di alimenti di origine animali programmati	45	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)	116 116 100%	45
5	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	5.1	N. eventi informativi realizzati nel 2018	45	>= 2 eventi (documentare)	3	45
totale peso				100			100

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

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene urbana e lotta al randagismo							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	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)	1.1	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	100% (allegare elenco)	7 / 7 100%	45
5	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	2.1	N. eventi informativi e/o formativi realizzati nel 2018	45	>= 30 eventi (documentare)	40	45
			totale peso	100			100

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

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	5.1	Revisione del protocollo clinico su prevenzione dei drop out dei pazienti in trattamento Long acting e suo monitoraggio	10	SI (allegare protocollo e relazione)	SI	10
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	5	100%	100%	5
		7.2	UOC Dipendenze Patologiche	5	100%	100%	5
		7.3	UOC - MODULO 1	5	100%	100%	5
		7.4	UOC - MODULO 2	5	100%	100%	5
		7.5	UOC - MODULO 3	5	100%	100%	5
		7.6	UOC - MODULO 4	5	100%	100%	5
		7.7	UOC - MODULO 5	5	100%	100%	5
		7.8	UOC - MODULO 6	5	100%	100%	5
		7.9	UOC - MODULO 7	5	100%	100%	5
7.10	UOC - MODULO 8	5	100%	100%	100%	5	
7.11	UOC - MODULO 9	5	100%	100%	100%	5	
8	Supporto alla informatizzazione	8.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		8.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
				totale peso			85

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

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Applicazione procedura "Individuazione e presa in carico del minore portatore di handicap ai fini dell'inserimento scolastico" PR019DSM 001 del 20/1/2014	4.1	Monitoraggio degli indicatori della procedura con raggiungimento dei valori attesi previsti	45	Si (allegare relazione)	SI	45
5	Applicazione percorso diagnostico-terapeutico "Gestione degli interventi in favore dei minori vittima di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie" PD003DIR00 del 21/12/2016	5.1	Monitoraggio degli indicatori del percorso diagnostico-terapeutico con raggiungimento dei valori attesi previsti	40	Si (allegare relazione)	SI	40
6	Trasmissione dei dati relativi alle attività di competenza	6.1	Trasmissione schede trimestrali delle attività della NPIA all'UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS entro i 30 giorni successivi a ciascun trimestre	5	SI	SI	5
				totale peso	100		100

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Individuazione pazienti con comorbidità psichiatrica e con comorbidità infettiva presso i SerT	4.1	N. pz. con comorbidità psichiatrica presi in carico /N. pz. con comorbidità psichiatrica	30	>=95%	480 / 480 100%	30
		4.2	N. pz. con comorbidità infettiva presi in carico /N. pz. con comorbidità infettiva	30	>=90%	1.013/1.026 98,73%	30
5	Presenza in carico dei soggetti con "gioco d'azzardo problematico" (GAP)	5.1	N. pz. con gioco d'azzardo problematico presi in carico	25	≥ anno 2017 (allegare relazione)	n.467 > del 6%	25
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
				totale peso			100

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

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC MODULO 1 - Misilmeri-Palermo							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	4.1	N. dei pazienti ai quali sono applicate le misure proattive /N. pazienti per i quali è stata indicata l'applicazione di misure proattive (pazienti a rischio)	30	≥ 90%	97 / 97 100%	30
		4.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2018 /N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018	25	≥ 85%	204 / 214 95,33%	25
5	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	5.1	N. pz dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/n. paz con primo episodio psicotico dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	30	≥ 90%	9 / 10 90%	30
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
				totale peso	100		100

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

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza:
UOC MODULO 2 - Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello dipartimentale	--	--	—	
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	4.1	N. dei pazienti ai quali sono applicate le misure proattive /N. pazienti per i quali è stata indicata l'applicazione di misure proattive (pazienti a rischio)	30	≥ 90%	59 / 65 90,77%	30
		4.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2018 /N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018	25	≥ 85%	149 / 160 93,13%	25
5	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	5.1	N. pz dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/n. paz con primo episodio psicotico dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	30	≥ 90%	5 / 5 100%	30
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
				totale peso	100		100

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

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC MODULO 3 - Palermo							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	4.1	N. dei pazienti ai quali sono applicate le misure proattive /N. pazienti per i quali è stata indicata l'applicazione di misure proattive (pazienti a rischio)	30	≥ 90%	129 / 129 100%	30
		4.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2018 /N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018	25	≥ 85%	181 / 193 93,78%	25
5	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	5.1	N. pz dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/n. paz con primo episodio psicotico dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	30	≥ 90%	3 / 3 100%	30
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
				totale peso			100

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

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC MODULO 4 - Palermo							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	—	
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	4.1	N. dei pazienti ai quali sono applicate le misure proattive /N. pazienti per i quali è stata indicata l'applicazione di misure proattive (pazienti a rischio)	30	≥ 90%	20 / 20 100%	30
		4.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2018 /N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018	25	≥ 85%	145 / 147 98,64%	25
5	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	5.1	N. pz dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/n. paz con primo episodio psicotico dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	30	≥ 90%	6 / 6 100%	30
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
				totale peso			100

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

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC MODULO 5 - Palermo							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello dipartimentale	--	--	—	
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	4.1	N. dei pazienti ai quali sono applicate le misure proattive /N. pazienti per i quali è stata indicata l'applicazione di misure proattive (pazienti a rischio)	30	≥ 90%	208 / 232 90%	30
		4.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2018 /N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018	25	≥ 85%	219 /232 94,39%	25
5	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	5.1	N. pz dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/n. paz con primo episodio psicotico dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	30	≥ 90%	7 / 7 100%	30
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
				totale peso			100

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

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC MODULO 6 - Bagheria - Termini Imerese							
N. OBT	OBETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	4.1	N. dei pazienti ai quali sono applicate le misure proattive /N. pazienti per i quali è stata indicata l'applicazione di misure proattive (pazienti a rischio)	30	≥ 90%	18 / 18 100%	30
		4.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2018 /N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018	25	≥ 85%	129 / 132 97,73%	25
5	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	5.1	N. pz dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/n. paz con primo episodio psicotico dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	30	≥ 90%	7 / 7 100%	30
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
				totale peso	100		100

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

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC MODULO 7 - Cefalù - Petralia Sottana							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello dipartimentale	--	--	--	--
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	4.1	N. dei pazienti ai quali sono applicate le misure proattive /N. pazienti per i quali è stata indicata l'applicazione di misure proattive (pazienti a rischio)	30	≥ 90%	10 / 10 100%	30
		4.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2018 /N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018	25	≥ 85%	75 / 79 94,94%	25
5	Presenza in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	5.1	N. pz dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/n. paz con primo episodio psicotico dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	30	≥ 90%	10 / 11 90,9%	30
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
				totale peso			100

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

**Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza:
UOC MODULO 8 - Corleone- Lercara Friddi**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	4.1	N. dei pazienti ai quali sono applicate le misure proattive /N. pazienti per i quali è stata indicata l'applicazione di misure proattive (pazienti a rischio)	30	≥ 90%	14 / 14 100%	30
		4.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2018 /N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018	25	≥ 85%	78 / 88 89,77%	25
5	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	5.1	N. pz dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/n. paz con primo episodio psicotico dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	30	≥ 90%	4 / 4 100%	30
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	5
				totale peso	100		100

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

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC MODULO 9 - Partinico-Carini							
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	4.1	N. dei pazienti ai quali sono applicate le misure proattive /N. pazienti per i quali è stata indicata l'applicazione di misure proattive (pazienti a rischio)	30	≥ 90%	203 / 203 100%	30
		4.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2018 /N. pazienti in terapia long acting censiti al 1° gennaio 2018	25	≥ 85%	189 / 203 93,1%	25
5	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	5.1	N. pz dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/n. paz con primo episodio psicotico dimessi da Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	30	≥ 90%	14 / 14 100%	30
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
				totale peso	100		100

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

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	--	--
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina	5.1	Elaborazione del documento del Percorso dello screening del cervico-carcinoma e diffusione agli attori coinvolti e monitoraggio del percorso di secondo livello	3	SI (allegare documento)	SI	3
		5.2	Organizzazione delle agende dei centri di erogazione di primo livello ai fini del raggiungimento del 100% dell'estensione	3	SI (allegare relazione)	SI	3
		5.3	Attività di screening su camper (>=10 tappe/anno)	3	SI (allegare relazione)	SI	3
6	Programma Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun progresso cesareo)	6.1	Monitoraggio e realizzazione degli interventi finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo (entro il primo trimestre 2018 specificare alle strutture interessate gli interventi previsti)	3	SI (allegare relazione)	SI	3
7	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	7.1	Numero requisiti garantiti di pertinenza del Dipartimento per ogni punto nascita / Totale requisiti previsti dalla Checklist	3	100% (allegare report per ogni punto nascita)	100%	3

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	8.1	<p>Monitoraggio e realizzazione degli interventi i finalizzati al raggiungimento dei valori obiettivi relativi a:</p> <p>Nei PN senza (TIN):</p> <p>-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)</p> <p>-2. Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo)</p> <p>Nei PN (con TIN):</p> <p>- 3. Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio</p> <p>- 4. Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730):</p> <p>Numero neonati dimessi direttamente da TIN/ totale pazienti ricoverati nella TIN.</p> <p>(per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo)</p>	5	Si (allegare relazione)	SI	5
9	Psicologia delle adozioni e Psicologia della genitorialità	9.1	Realizzazione di un percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali	3	Si (allegare relazione)	SI	3
		9.2	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	3	>=60%	10/10 100%	3
		9.3	Revisione e aggiornamento delle procedure di intervento adottate dalla UOS genitorialità	3	Si (allegare relazione)	SI	3
		9.4	Numero colloqui effettuati su richiesta degli enti accreditati alla UOS genitorialità / Numero totale colloqui richiesti dagli enti accreditati	3	>=90%	69/76 91%	3
		10.1	N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio	3	>= 90%	80/88 91%	3
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
		12.1	UOC Salute della donna e del bambino territoriale	5	100%	100%	5
12	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	12.2	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	5	100%	93,08%	4,65
		12.3	UOC Pediatria - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	5	100%	100%	5
		12.4	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	5	100%	94,30%	4,72
		12.5	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	5	100%	100%	5

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

N. OBTV	N. OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
		12.6	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.Ingrassia-Palermo - DO PA3	5	100%	90%	4,50
		12.7	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	5	100%	100%	5
13	Supporto alla informatizzazione	13.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		13.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
			totale peso	90			88,87

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

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Salute della donna e del bambino territoriale							
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	--	--
4	Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari	4.1	Aggiornamento del documento organizzativo dei consultori (comprendente elenco dei i consultori con referente, ubicazione, recapiti telefonici e mail, giorni e orari di apertura, modalità di accesso, descrizione delle attività con eventuali specializzazioni funzionali) e invio all' U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	15	SI (allegare documento)	SI	15
5	Rete percorso nascita	5.1	N. gravidanze a rischio individuate che vengono inviate ai punti nascita ospedalieri / n. gravidanze a rischio individuate	15	>= 95%	370 / 370 100%	15
6	Monitoraggio procedura aziendale 28/8/2014 "percorso nascita ASP Palermo": procedure per l'esecuzione ecografie ostetriche previste dal D.M. 10/09/98 nelle gravidanze seguite presso i CCF	6.1	N. sedi di erogazioni ecografie ostetriche 1° livello invianti dati di attività alla UOC territoriale / n. sedi di erogazione ecografie ostetriche	10	4/7 strutture	4/7	10
		6.2	N. gravide seguite nei Consultori familiari che effettuano ecografia 2 trimestre c/o servizio territoriale / n. gravide seguite nei Consultori familiari	15	>=70%	451/604 74,67%	15
7	Area psicologica e sociale: rilevazione violenza di genere	7.1	N. colloqui psicologici con rilevazione di indicatori di violenza di genere / N. colloqui psicologici effettuati	15	>=50%	2.058/2.757 74,65%	15
		7.2	N. colloqui sociali con rilevazione di indicatori di violenza di genere / N. colloqui sociali effettuati	15	>=50%	1.169/1.558 75,03%	15
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI (Allegare report)	SI	5
			totale peso	100			100

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

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi/ Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	--	--	--	--
4	Rete percorso nascita	4.1	N. gravidanze fisiologiche prese in carico dal punto nascita / n. gravidanze prese in carico	15	<=5% (il valore si intende comunque raggiunto se a livello aziendale l'indicatore complessivo è <= 5%)	64/542 0,41%	15
5	Programma Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	5.1	N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo (secondo protocollo di riferimento PNE)	10	<=20% (Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale precedente (28%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare)	119/466 25,54%	3,08
6	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	6.1	Numero requisiti garantiti di pertinenza dell'UOC/ Totale requisiti di pertinenza della UOC previsti dalla Checklist	10	100% (allegare report)	100%	10
7	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	7.1	Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)	10	0	0	10

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	8.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	10	SI (allegare report)	31/31 100%	10
9	Misurazione della qualità percepita	9.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informativa) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	64/64 100%	15
10	Applicazione DECRETO Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	10.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	15	SI (allegare relazione)	SI	15
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
			totale peso	100			93,08

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

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	--	--	--	--
4	Rete percorso nascita	4.1	N. gravidanze fisiologiche prese in carico dal punto nascita / n. gravidanze prese in carico	15	<=5% (il valore si intende comunque raggiunto se a livello aziendale l'indicatore complessivo è <= 5%)	2/604 0,33%	15
5	Programma Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	5.1	N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo (secondo protocollo di riferimento PNE)	10	<=20% (Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di pertenza corrispondente alla media regionale precedente (28%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di pertenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di pertenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto, se il valore è compreso tra il valore di pertenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare)	112 / 456 24,56%	4,30
6	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	6.1	Numero requisiti garantiti di pertinenza dell'UOC/ Totale requisiti di pertinenza della UOC previsti dalla Checklist	10	100% (allegare report)	100%	10
7	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	7.1	Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)	10	0	0	10

**Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino:
UOC Ginecologia e Ostetricia - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese**

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	8.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	10	SI (allegare report)	SI	10
9	Misurazione della qualità percepita	9.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informativa) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	121/121 100%	15
10	Applicazione DECRETO Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	10.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	15	SI (allegare relazione)	SI	15
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
			totale peso	100			94,30

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	--	--
4	Rete percorso nascita	4.1	N. gravidanze fisiologiche prese in carico dal punto nascita / n. gravidanze prese in carico	15	<=5% (il valore si intende comunque raggiunto se a livello aziendale l'indicatore complessivo è <= 5%)	5%	15
5	Programma Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	5.1	N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo (secondo protocollo di riferimento PNE)	10	<=20% (Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale precedente (28%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare)	124 / 420 29,52%	0
6	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	6.1	Numero requisiti garantiti di pertinenza dell'UOC/ Totale requisiti di pertinenza della UOC previsti dalla Checklist	15	100% (allegare report)	100%	15
7	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	7.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	15	SI (allegare report)	307/307 100%	15

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Misurazione della qualità percepita	8.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informativa) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	142/142 100%	15
9	Applicazione DECRETO Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	9.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	15	SI (allegare relazione)	SI	15
10	Produzione dei flussi informativi	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
			totale peso	100			90

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

**Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino:
UOS Pediatria - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	--	--	--	--
4	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica (rif. Programma Nazionale Esiti edizione 2016)	4.1	N. di pazienti ricoverati con precedente consulenza pediatrica in Pronto Soccorso che rispettano i criteri di appropriatezza di ricovero definiti nel documento del Dipartimento salute donna e bambino / N. di pazienti ricoverati con precedente consulenza pediatrica in Pronto soccorso	30	>= 80% (su campione rappresentato dalle prime 5 cartelle al mese. Se il numero è < 5 considerare tutte le cartelle del target)	80/80 100%	30
5	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	5.1	Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo)	30	< 8% (l'obiettivo si intende raggiunto se eventuali scostamenti dal valore atteso vengono opportunamente motivati)	4/12=33,3 motivato	30
6	Misurazione della qualità percepita	6.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	100%	23/23 100%	25
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
				100			100
				totale peso			

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

**Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino:
UOC Pediatria - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese**

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	--	--
4	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica (rif. Programma Nazionale Esiti edizione 2016)	4.1	N. di pazienti ricoverati con precedente consulenza pediatrica in Pronto Soccorso che rispettano i criteri di appropriatezza di ricovero definiti nel documento del Dipartimento salute donna e bambino / N. di pazienti ricoverati con precedente consulenza pediatrica in Pronto soccorso	30	>= 80% (su campione rappresentato dalle prime 5 cartelle al mese. Se il numero è < 5 considerare tutte le cartelle del target)	42/42 100%	30
5	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	5.1	Percentuale di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo)	30	< 8% (l'obiettivo si intende raggiunto se eventuali scostamenti dal valore atteso vengono opportunamente motivati)	4,7%	30
6	Misurazione della qualità percepita	6.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	100%	63/63 100%	25
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	5
			totale peso	100			100

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

**Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino:
UOC UTIN - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	--	--
4	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	4.1	Numero requisiti garantiti di pertinenza dell'UOC/ Totale requisiti di pertinenza della UOC previsti dalla Checklist	25	100% (allegare report)	100%	25
5	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	5.1	Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	30	SI (allegare Report)	SI	30
		5.2	Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730): Numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN. (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo)	30	< 7%	0%	30
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
			totale peso	100			100

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

Dipartimento Farmaceutico							
N. OB. V.	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Contenimento della spesa farmaceutica	5.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative al raggiungimento dell'obiettivo: BENI e SERVIZI: Rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia. ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE E OSPEDALIERA: Rispetto delle risorse negoziate annualmente in ciascuno dei tre anni del mandato	15	Si (allegare report)	SI	15
6	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	6.1	Coordinamento delle attività relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito territoriale e ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito territoriale e ospedaliero	20	Si (allegare relazione)	SI	20
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	5
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Farmacie	5	100%	100%	5
		8.2	UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia	5	100%	100%	5
		8.3	UOC Distretto farmaceutico PA 1 con sede al P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%	5
		8.4	UOC Distretto farmaceutico PA 2 (UOC) con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%	100%	5

Dipartimento Farmaceutico

N. V.	OB. OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
9	Riorganizzazione del processo di acquisto dei beni sanitari in conto deposito	9.1	Redazione procedura scritta ed implementazione della stessa	5	SI (allegare procedura e relazione)	SI	5
10	Supporto alla informatizzazione	10.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (con Presidi Ospedalieri): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.2	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.3	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				80			80

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

**Dipartimento Farmaceutico:
UOC Farmacie**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi"	4.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto (Farmacia P.O. Ingrassia)	20	>=90%	174/174 100%	20
		4.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro (Farmacia P.O. Ingrassia)	20	>=90%	100/100 100%	20
5	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero (Farmacia P.O. Ingrassia)	30	Si (allegare relazione)	SI	30
6	Contenimento della spesa farmaceutica	6.1	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 (Farmacia P.O. Ingrassia)	20	>= 80%	2.278/2.643 86,2%	20
			totale peso	100			100

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

**Dipartimento Farmaceutico:
UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Contenimento della spesa farmaceutica convenzionata	4.1	Rilievo degli scostamenti registrati presso ciascun Distretto e PTA dal panel di indicatori di appropriatezza regionali e nazionali delle singole categorie di farmaci secondo D.A. 552/2016 e s.m. e diffusione a Distretti e PTA e UOC Programmazione e Organizzazione attività di Cure Primarie	30	Si (12 Reports mensili e 4 reports trimestrali)	SI	30
5	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5.1	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 (allegare relazione)	SI	30
6	Monitoraggio delle prescrizioni mediante lettura ottica	6.1	Controllo mediante sistema di lettura ottica delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate nel 2018	30	Si (allegare report)	SI	30
totale peso				100			100

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

**Dipartimento Farmaceutico:
UOC Distretto farmaceutico PA 1**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello dipartimentale	--	--	--	--
4	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi"	4.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	20	>=90%	134/148 90,54%	20
		4.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	20	>=90%	95 / 95 100%	20
5	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	6.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	30	Si (allegare relazione)	SI	30
6	Contenimento della spesa farmaceutica	6.1	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	20	>= 80%	2.777 / 2.992 92,8%	20
			totale peso	100			100

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

Dipartimento Farmaceutico: UOC Distretto farmaceutico PA 2							
N. OBT/	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi"	4.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	20	>=90%	387 / 408 94,85%	20
		4.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	20	>=90%	172 / 185 92,97%	20
5	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	6.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	30	Si (allegare relazione)	SI	30
6	Contenimento della spesa farmaceutica	6.1	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	20	>= 80%	2.361 / 2.508 94,1%	20
totale peso				100			100

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

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Screening oncologici	5.1	Redazione della procedura diagnostica dello screening del ca della cervice uterina	3	SI (allegare documento)	SI	3
		5.2	Redazione della procedura diagnostica dello screening del tumore del colon retto	3	SI (allegare documento)	SI	3
		5.3	N. di PAP test referatati entro 2 mesi/ N. di PAP test pervenuti	2	>=80%	20.000/20.000 100%	2
5.4	N. di prelievi effettuati per HPV-DNA test / N. totale di prelievi di HPV-DNA pervenuti	2	Rilevazione (riportare dato)	6.144/6.144 100%	2		
6	Miglioramento delle informazioni agli utenti sul funzionamento del Dipartimento	6.1	Revisione del Regolamento di funzionamento del Dipartimento e invio all'U.O. Comunicazione e Informazione per la pubblicazione sul sito aziendale .	5	SI (allegare documento)	SI	5
7	Tempi di attesa	7.1	Monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di quelle richieste dalle U.U.OO. di degenza e di Pronto soccorso stabiliti nell'anno 2017 con individuazione delle eventuali criticità e conseguenti azioni correttive	5	SI (allegare relazione)	SI	5
8	Controllo qualità acque potabili	8.1	Monitoraggio dei parametri accreditati per le acque potabili destinate al consumo umano	5	SI (allegare report)	SI	5

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
10	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	10.1	UOC Patologia Clinica - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico	8	100%	100%	8
		10.2	UOC Patologia Clinica - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	8	100%	100%	8
		10.3	UOC Patologia Clinica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	8	100%	100%	8
		10.4	UOC Anatomia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	8	100%	100%	8
		10.5	UOOC Medicina Trasmisionale c/o P.O. "Nuovo" di Cefalù	8	100%	100%	8
11	Supporto alla informatizzazione	11.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		11.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
			totale peso	85			85

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

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
UOC Patologia Clinica - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	4.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	15	SI (allegare documento)	SI	15
		4.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per la consegna dei referti agli utenti esterni	15	SI (allegare giorni e ore della settimana)	SI	15
5	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera - utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	5.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	217.011/239.723 90,52%	15
		5.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	256.462/288.742 88,82%	15
		5.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	124.302/149.558 83,11%	15
6	Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011: Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IPSC.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	6.1	N. esami di laboratorio con valori critici comunicati telefonicamente secondo modalità "Lettura, ripetizione, conferma" alle UU.OO. del P.O. richiedente / n. esami di laboratorio con valori critici rilevati	10	>=90%	980/1.020 96%	10
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
totale peso				100			100

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

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Patologia Clinica - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	4.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	15	SI (allegare documento)	SI	15
		4.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	15	SI (allegare giorni e ore della settimana)	SI	15
5	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - U.U.OO. Di degenza ospedaliera - utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	5.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	199.392/229.751 86,8%	15
		5.2	N. prestazioni richieste dalle U.U.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle U.U.OO. di degenza	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	221.538/232.137 95,4%	15
		5.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	353.256/411.188 85,9%	15
6	Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011; Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IPSG.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	6.1	N. esami di laboratorio con valori critici comunicati telefonicamente secondo modalità "Lettura , ripetizione, conferma" alle U.U.OO. del P.O. richiedente / n. esami di laboratorio con valori critici rilevati	10	>=90%	496/502 98,8%	10
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
			totale peso	100			100

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

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
UOC Patologia Clinica - DO3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	4.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	15	SI (allegare documento)	SI	15
		4.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	15	SI (allegare giorni e ore della settimana)	SI	15
5	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera - utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	5.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	183.444/203.349 90,21%	15
		5.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	513.677/534.524 96,1%	15
		5.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	239.884/250.336 95,8%	15
6	Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011: Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IPSC.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	6.1	N. esami di laboratorio con valori critici comunicati telefonicamente secondo modalità "Lettura , ripetizione, conferma" alle UU.OO. del P.O. richiedente / n. esami di laboratorio con valori critici rilevati	10	>=90%	1.217/1.217 100%	10
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
totale peso				100			100

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

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Anatomia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo							
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello dipartimentale	--	--	--	--
4	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	4.1	Aggiornamento del Documento Organizzativo della UOC U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	25	SI (allegare documento)	SI	25
		4.2	N. casi oncologici referatati entro 20 gg dall'arrivo del campione / N. totale casi oncologici referatati	20	>=90%	714 / 752 94,95%	20
5	Revisione/Monitoraggio di protocolli clinici	5.1	Monitoraggio delle non conformità nella fase preanalitica dei pezzi anatomici/campioni citologici pervenuti dalle UU.OO. aziendali	20	SI (allegare report)	SI	20
6	Produzione dei flussi informativi	5.2	Aggiornamento del protocollo diagnostico relativo al programma di screening del carcinoma della cervice uterina e invio all'U.O. Comunicazione per la pubblicazione sul sito aziendale	20	SI (allegare documento)	SI	20
		6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
				totale peso			100

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

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
UOC Medicina Trasfusionale c/o P.O. "Nuovo" di Cefalù**

N. OB. VV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti.	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Miglioramento delle informazioni agli utenti	4.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. C. Medicina trasfusionale in funzione dell'adeguamento alla ISO 9001-2015 e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	30	SI (allegare documento)	SI	30
5	Revisione del Manuale Buon uso del sangue	5.1	Aggiornamento del Manuale del Buon uso del sangue e della modulistica di riferimento e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	30	SI (allegare documento)	SI	30
6	Valutazione del rischio trasfusionale: monitoraggio dati SISTRA	6.1	Rilevazione indicatore: N. trasfusioni di emocomponenti con segnalazione di eventi avversi ed effetti indesiderati / N. totale delle trasfusioni di emocomponenti	25	SI (rilevazione)	SI	25
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
				totale peso			100

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

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	--	--	--	--
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Screening oncologico relativo al tumore della mammella	5.1	Elaborazione di documento del percorso dello screening mammografico	5	SI (allegare documento)	SI	5
		5.2	Organizzazione delle agende dei centri di erogazione di primo livello ai fini del raggiungimento del 100% di estensione	5	SI (allegare report)	SI	5
		5.3	Attività di screening nei giorni di sabato (1 volta/mese per centro)	5	SI (allegare report)	SI	5
		5.4	Attività di screening su camper (>=10 tappe/anno)	5	SI (allegare report)	SI	5
5.5	N. approfondimenti non invasivi / N. di mammografie eseguite			5	Rilevazione (allegare report)	1.659/25.977	5
6	Tempi di attesa	6.1	Monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di Pronto soccorso stabiliti nell'anno 2017 con individuazione delle eventuali criticità e conseguenti azioni correttive	15	SI (allegare report)	SI	15
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
		8.1	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	10	100%	100%	10
		8.2		10	100%	100%	10
8.3		10	100%	100%	10		
9	Supporto alla informatizzazione	9.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		9.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				90			90

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

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini:
UOC Radiodiagnostica + TAC e RM - DO1 P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	--	--
4	Tempi di attesa	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso referatate entro i tempi definiti dal Dipartimento Diagnostica per Immagini / N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	20	≥ 80% (su un campione rappresentato dalle prime 15 prestazioni di ogni mese)	15 / 15 100%	20
		4.2	N. prestazioni ambulatoriali referatate entro i tempi definiti dal Dipartimento Diagnostica per immagini / N. prestazioni ambulatoriali richieste	20	≥ 80% (su un campione rappresentato dalle prime 15 prestazioni di ogni mese)	15 / 15 100%	20
5	Elaborazione di referto strutturato	5.1	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	25	≥ 80% (rilevazione su un campione di almeno 10 referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	8 / 10 80%	25
6	Tempestività interventi frattura di femore over 65 anni entro un intervallo di tempo di 0- 2 giorni	6.1	N. interventi con presenza di tecnico radiologo /N. interventi di frattura di femore su pazienti > 65 anni per i quali è stata richiesta all'U.O. di Radiodiagnostica la presenza del tecnico almeno 24 ore prima	20	≥ 70%	38 / 48 79,17%	20
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
totale peso				100			100

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

Dipartimento di Diagnostica per Immagini: UOC Radiodiagnostica + TAC - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	--	--
4	Tempi di attesa	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso referate entro i tempi definiti dal Dipartimento Diagnostica per immagini / N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	20	≥ 80% (su un campione rappresentato dalle prime 15 prestazioni di ogni mese)	15 / 15 100%	20
		4.2	N. prestazioni ambulatoriali referate entro i tempi definiti dal Dipartimento Diagnostica per immagini / N. prestazioni ambulatoriali richieste	20	≥ 80% (su un campione rappresentato dalle prime 15 prestazioni di ogni mese)	15 / 15 100%	20
5	Elaborazione di referto strutturato	5.1	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	25	≥ 80% (rilevazione su un campione di almeno 10 referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	9 / 10 90%	25
6	Tempestività interventi frattura di femore over 65 anni entro un intervallo di tempo di 0- 2 giorni	6.1	N. interventi con presenza di tecnico radiologo /N. interventi di frattura di femore su pazienti > 65 anni per i quali è stata richiesta all'U.O. di Radiodiagnostica la presenza del tecnico almeno 24 ore prima	20	≥ 70%	113/121 93,39%	20
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
			totale peso	100			100

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

Dipartimento di Diagnostica per Immagini: UOC Radiodiagnostica + TAC e RM - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo							
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	--	--	--	--
4	Tempi di attesa	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso refertrate entro i tempi definiti dal Dipartimento Diagnostica per immagini / N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	20	≥ 80% (su un campione rappresentato dalle prime 15 prestazioni di ogni mese)	15 / 15 100%	20
		4.2	N. prestazioni ambulatoriali refertrate entro i tempi definiti dal Dipartimento Diagnostica per immagini / N. prestazioni ambulatoriali richieste	20	≥ 80% (su un campione rappresentato dalle prime 15 prestazioni di ogni mese)	15 / 15 100%	20
5	Elaborazione di referto strutturato	5.1	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	25	≥ 80% (rilevazione su un campione di almeno 10 referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	8 / 10 80%	25
6	Tempestività interventi frattura di femore over 65 anni entro un intervallo di tempo di 0- 2 giorni	6.1	N. interventi con presenza di tecnico radiologo /N. interventi di frattura di femore su pazienti > 65 anni per i quali è stata richiesta all'U.O. di Radiodiagnostica la presenza del tecnico almeno 24 ore prima	20	≥ 70%	72 / 81 88,89%	20
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
			totale peso	100			100

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

Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	--	--
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	<i>nessun budget/tetodi spesa previsto</i>	--	--	--	--
5	Gestione del dolore in ospedale	5.1	Monitoraggio dell'applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio	20	SI (allegare report)	SI	20
6	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	6.1	UOC Anestesia e rianimazione - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	20	100%	85,24%	17,05
		6.2	UOC Anestesia e rianimazione - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	20	100%	95,45%	19,09
		6.3	UOC Anestesia e rianimazione - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	20	100%	80%	16
7	Supporto alla informatizzazione	7.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		7.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
				totale peso	90		82,14

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

**Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore:
UOC Anestesia e rianimazione - DO1 P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	--	--	--	--
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	N. Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	> 90% [per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	38/56 67,86%	5,24
5	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	5.1	N. pazienti trasferiti in altre UU.OO. cui viene calcolato il NEWS / N. pazienti trasferiti in altre UU.OO.	35	Rilevazione su campione previsto (allegare report)	40/40 100%	35
6	Gestione del dolore in ospedale	6.1	Applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio in ospedale fino a 24 ore dopo l'intervento chirurgico	35	SI (allegare report)	SI	35
			totale peso	100			85,24

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

Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore: UOC Anestesia e rianimazione - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	--	--	--	--
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	N. Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	> 90% (per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto)	89/107 83,18%	15,45
5	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	5.1	N. pazienti trasferiti in altre UU.OO. cui viene calcolato il NEWS / N. pazienti trasferiti in altre UU.OO.	35	Rilevazione su campione previsto (allegare report)	90/90 100%	35
6	Gestione del dolore in ospedale	6.1	Applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio in ospedale fino a 24 ore dopo l'intervento chirurgico	35	Si (allegare report)	SI	35
				totale peso			100

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

Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore: UOC Anestesia e rianimazione – DO3 P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	nessun adempimento previsto	--	--	--	--
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	N. interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento AGENAS)	20	> 90% [per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto] FAITA SALVA LA DISPONIBILITA' DI SALA OPERATORIA (relazionare)	31/73 42,47%	0
5	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	5.1	N. pazienti trasferiti in altre UU.OO. cui viene calcolato il NEWS / N. pazienti trasferiti in altre UU.OO.	35	Rilevazione su campione previsto (allegare report)	40/40 100%	35
6	Gestione del dolore in ospedale	6.1	Applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio in ospedale fino a 24 ore dopo l'intervento chirurgico	35	Si (allegare report)	SI	35
				totale peso			100

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

**Dipartimento della Programmazione e della Organizzazione delle Attività Territoriali e dell'integrazione Socio-Sanitaria:
UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	5.1	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante ed ex post secondo le specifiche dell'obiettivo 2017 e s.m. e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	15	Si (allegare report)	SI	15
		5.2	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione alle strutture destinate e all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	15	Si (allegare relazione)	SI	15
6	Prescrizioni dematerializzate	5.3	Realizzazione delle attività finalizzate alla risoluzione delle criticità (compresi n. 2 incontri/anno con Distretti sanitari) e trasmissione di relazione all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	20	Si (allegare relazione)	SI	20
		6.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio degli indicatori: a) Percentuale di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati b) N. Medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante con trasmissione all'UOC Coordinamento Staff strategico /Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	15	Si (allegare report)	SI	15
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
8	Supporto alla informatizzazione	8.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		8.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

**Dipartimento della Programmazione e della Organizzazione delle Attività Territoriali e dell'integrazione Socio-Sanitaria:
UOC Medicina legale e fiscale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Partecipazione alle sedute del Comitato aziendale valutazione sinistri (CAVS)	5.1	N. sedute del CAVS in cui partecipa componente dell'UOC Medicina legale e fiscale / N. sedute CAVS tenute in Azienda	20	>=80%	25 / 25 100%	20
		6.1	N. giudizi collegiali inoltrati all'Ente committente entro 20 gg dall'effettuazione della visita/N. totale richieste pervenute	25	>=80%	251 /251 100%	25
6	Miglioramento della tempestività di risposte nell'attività del Collegio Medico	6.2	N. utenti con mancato rilascio di certificazioni medico-legali da parte dei Servizi ASP competenti che ricorrono alla UOC di Medicina legale e vengono presi in carico per il completamento del giudizio /N. utenti con mancato rilascio di certificazioni medico-legali da parte dei servizi ASP competenti che ricorrono alla UOC di Medicina legale	25	>=85%	0 / 0 100%	25
		7.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
7	Supporto alla informatizzazione	7.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
			totale peso	85			85

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

Dipartimento della Programmazione e della Organizzazione delle Attività Territoriali e dell'integrazione Socio-Sanitaria: UOC Integrazione socio-sanitaria							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio	5.1	N. pazienti con segnalazione di dimissione protetta da parte degli Uffici territoriali / dato medio biennio 2016-2017	15	>= 98%	6.736 / 6.170 >100%	15
		5.2	N. pazienti con presa in carico territoriale / N. pazienti segnalati per dimissione protetta dagli Uffici territoriali	10	>= 70%	87%	10
		5.3	N. Uffici territoriali con procedura informatizzata di trasmissione della segnalazione di dimissione protetta / N. Uffici territoriali	10	>= 6/14	6/14	10
6	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure residenziali e nel percorso di continuità assistenziale RSA – territorio-	5.4	N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2018 / dato medio biennio 2016/2017	10	>= 95%	14.781 / 12.767 >100%	10
		6.1	N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani	10	>= 35%	371/954 39%	10
7	Riabilitazione: Miglioramento della qualità per la prescrizione ed erogazione dei Presidi e Ausili	7.1	Aggiornamento delle modalità prescrittive per pazienti in assistenza domiciliare e residenziale dei Presidi e Ausili alla luce dei nuovi LEA 2017.	10	Si (allegare documento)	SI	10
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	5
9	Supporto alla informatizzazione	9.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		9.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
				totale peso	85		85

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

**Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere:
UOC Ospedalità pubblica**

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	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	5.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico (secondo protocollo di riferimento Programma Nazionale Esiti)	10	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico, Direzioni Mediche di P.O. e U.U.OO. CC. di Ortopedia e traumatologia)	SI	10
		5.2	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 e realizzazione di audit con gli attori coinvolti	10	SI (Inviare dati di monitoraggio secondo tempistica richiesta da UOC Coordinamento Staff Strategico e U.O. Qualità)	SI	10
6	Programma Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun progresso cesareo)	6.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) /N. totale parti di donne con nessun progresso cesareo (secondo protocollo di riferimento PNE)	10	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico e al Dipartimento salute donna e bambino)	SI	10
7	Programma Nazionale Esiti: Proporzioni di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dal ricovero	7.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: a) N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati (secondo protocollo di riferimento PNE)	5	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico, alla Direzione Medica di Presidio e a U.O.C. Cardiologia del P.O. Ingrassia)	SI	5

**Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere:
UOC Ospedalità pubblica**

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Programma Nazionale Esiti: Proporzioni di STEMI (Infarti Miocardici con Soprasviluppamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.	8.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: Proporzioni di STEMI (Infarti Miocardici con Soprasviluppamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. (secondo protocollo di riferimento PNE)	5	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico, alla Direzione Medica di Presidio e a U.O.C. Cardiologia del P.O. Ingrassia)	SI	5
9	Programma Nazionale Esiti: Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	9.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento PNE)	10	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale, a UOC Coordinamento Staff Strategico, a Direzioni Mediche di Presidio e UU.OO. CC.di Chirurgia Generale)	SI	10
10	Effettuazione dei controlli esterni delle cartelle cliniche campionate dall'Assessorato della salute	10.1	N. cartelle cliniche sottoposte a controlli esterni / N. cartelle cliniche campionate dall'Assessorato della salute e disponibili	5	100%	5.948 / 5.948 100%	5
11	Svolgimento dell'attività di audit nelle strutture segnalate dall'Assessorato della salute e/o Direzione aziendale	11.1	Coordinamento dell'attività di audit per le strutture segnalate dall'Assessorato della salute	10	SI (allegare report) N. B.: in caso di mancata segnalazione da Assessorato della salute il peso verrà comunque attribuito	SI	10
12	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
13	Supporto alla informatizzazione	13.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		13.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

**Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere:
UOC Ospedalità privata**

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	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	5.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento PNE)	10	Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	10
		5.2	Monitoraggio trimestrale degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015	10	Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	10
6	Programma Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun progresso cesareo)	6.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun progresso cesareo (secondo protocollo di riferimento PNE)	10	Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	10
7	Programma Nazionale Esiti: Proporzioni di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dal ricovero	7.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnostici (secondo protocollo di riferimento PNE)	5	Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	5

**Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere:
UOC Ospedalità privata**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Programma Nazionale Esiti: Proporzioni di STEMI (Infarti Miocardici con Soprasslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.	8.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. di STEMI (Infarti Miocardici con Soprasslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. (secondo protocollo di riferimento PNE)	5	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	5
9	Programma Nazionale Esiti: Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	9.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento PNE)	10	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	10
10	Effettuazione dei controlli delle cartelle cliniche sulle strutture di competenza campionate dall'Assessorato e dalla salute	10.1	N. cartelle cliniche sottoposte a controlli / N. cartelle campionate dall'Assessorato della salute e disponibili	15	100%	3.417/3.417 100%	15
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Trasmissione dei flussi informativi ricevuti dalle Case di Cura private accreditate previo controllo logico-formale	5	Sì	SI	5
12	Supporto alla informatizzazione	12.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Sì (allegare relazione)	non realizzabile	
		12.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Sì (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

**Dipartimento di Medicina Riabilitativa:
UOC Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare**

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Verifica dell'applicazione della direttiva aziendale "Autorizzazione dispositivi "riconducibili", ex art. 1, c.5 DM 332/99" - prot.n. 3418/DMR del 7/3/2014	5.1	N. istanze di autorizzazione di dispositivi riconducibili trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC CARAD per l'inserimento e codifica nel sistema informatico aziendale per le quali è stato effettuato il controllo preventivo sulla corretta applicazione della direttiva / N. istanze di autorizzazione di dispositivi riconducibili trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC CARAD per l'inserimento e codifica nel sistema informatico aziendale.	35	>= 80%	8 / 8 100%	35
6	Effettuazione dei controlli di appropriatezza sulla gestione dei pazienti minori in carico per progetti riabilitativi ai centri di Riabilitazione ex art. 26	6.1	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	30	>= 50%	8 / 15 53%	30
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
8	Supporto alla informatizzazione	8.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		8.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali							
N. ORTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Gestione Giuridica e Sviluppo Organizzativo	20	100%	100%	20
		5.2	UOC Gestione Economica e Previdenziale	20	100%	100%	20
		5.3	UOC Trattamento Economico Personale convenzionato	20	100%	100%	20
		5.4	UOC Affari Generali e Convenzioni	20	100%	100%	20
			totale peso	95			95

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

**Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali:
UOC Gestione Giuridica e sviluppo organizzativo**

N. OBTV	N. OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	10
4	Messa a regime del sistema rilevazione presenze	4.1	Completa implementazione del sistema informatico Messa a regime del sistema	10	Si	Si	10
5	Redazione e aggiornamento delle procedure interne e/o regolamenti interni non PAC	5.1	Redazione bozzadi Regolamento per l'accesso tramite mobilità esterna	10	Si	Si	10
		5.2	Elaborazione Bozza di revisione del Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali	10	Si	Si	10
6	Verifiche sul personale in part-time: Richiesta ai dipendenti interessati di dichiarazione sostitutiva di espletamento o meno di altra attività lavorativa	6.1	N. dichiarazioni sostitutive pervenute / N. dipendenti della Dirigenza a tempo ridotto	15	100%	4 / 4 100%	15
		6.2	N. dichiarazioni sostitutive pervenute /N. dipendenti del Comparto in part-time	15	100%	67 / 67 100%	15
7	Predisposizione schede di immatricolazione personale assunto a qualsiasi titolo entro 7 gg. dalla stipula del contratto individuale di lavoro	7.1	N. schede predisposte entro 7 gg./ N. Contratti individuali stipulati	10	100%	218 / 218 100%	10
8	Publicazione su PERLA PA (se attivata la relativa funzione) e sul sito web dei bandi di concorso (art.54 c.1 Let.f D.Lgs.n.82/2005	8.1	N. bandi pubblicati sul sito web / N. bandi concorsi emanati	10	100%	9 / 9 100%	10
			totale peso	100			100

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

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali: UOC - Gestione Economica e Previdenziale							
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	10
4	Personale Dipendente Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo le modalità indicate nel D.A. del 29 febbraio 2012 ex art. 79	4.1	Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre: N. tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	20	20/20 = 100%	20/20 = 100%	20
		4.2	Rispetto alla tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	20	Si	Si	20
		4.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili con gli strumenti disponibili	15	100%	107 / 107 100%	15
5	Personale Dipendente Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE 2016	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE.: 0%delta non giustificato per ogni trimestre.	10	Si	Si	10
6	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.	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	15	Si	Si	15
totale peso				100			100

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

**Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali:
UOC -Trattamento Economico Personale convenzionato**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	10
5	Personale Convenzionato Invio del Flusso istituito dal progetto art. 79 secondo le modalità e la tempistica indicata nel D.A. del 8 luglio 2013	5.1	Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre: N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	20	20/20 = 100%	20/20 = 100%	20
		5.2	Rispetto alla tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	20	Si	Si	20
		5.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili con gli strumenti disponibili	20	100%	89 / 89 100%	20
6	Personale Convenzionato Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE	6.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE.: 0% delta non giustificato per ogni trimestre.	20	Si	Si	20
			totale peso	100			100

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

**Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali:
UOC Affari Generali e Convenzioni**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	10
4	Riorganizzazione e regolamentazione del percorso per la concessione e/o il rinnovo delle convenzioni con le strutture accreditate	4.1	Redazione bozza Regolamento per la procedura di stipula e/o rinnovo delle convenzioni con strutture accreditate(RSA, CT, CTA, Centri diurni soggetti autistici, Centri di riabilitazione ex art. 26, Associazioni trasporto emodializzati)	10	Si	Si	10
5	Rispetto della tempistica delle attività di competenza	5.1	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	20	100%	6 / 6 100%	20
		5.2	N. note predisposte per sostituzione personale SAS entro 15 gg. dalla ricezione delle richieste / N. richieste sostituzione personale SAS pervenute	30	100%	8 / 8 100%	30
6	Predisposizione proposte di delibere per accettazione donazioni	6.1	N. proposte di delibere accettazione donazioni predisposte /N. richieste di donazioni pervenute e autorizzate dalla Direzione Aziendale	20	100%	4 / 4 100%	20
			totale peso	100			100

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

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Informatizzazione della comunicazione interna (UOS Informatica aziendale)	5.1	Emissione manuale di protocollo e allegati	15	Si	Si	15
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
		7.1	UOC Bilancio e programmazione	10	100%	100%	10
		7.2	UOC Contabilità analitica e patrimonio	10	100%	100%	10
		7.3	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	10	100%	100%	10
		7.4	UOC Progettazione e manutenzione	10	100%	100%	10
		7.5	UOC Provveditorato	10	100%	100%	10
		7.6	UOC Logistica e gestione servizi esternalizzati	10	100%	100%	10
			totale peso	95			95

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

**Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico:
UOC Bilancio e programmazione**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Rispetto delle scadenze previste nella trasmissione dei flussi di competenza e completezza degli stessi.	4.1	Trasmissione del modello CE alla Direzione aziendale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalle normative vigenti.	20	SI (allegare report)	SI	20
		4.2	Trasmissione del modello SP alla Direzione aziendale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalle normative vigenti.	20	SI (allegare report)	SI	20
5	Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	5.1	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2018 entro 15 giorni dall'avvenuta negoziazione delle risorse finanziarie con l'Assessorato Regionale della Salute	25	SI (allegare report)	SI	25
		5.2	Trasmissione del bilancio consuntivo 2017 alla Direzione Generale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalla normativa regionale vigente	25	SI (allegare report)	SI	25
			totale peso	100			100

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

**Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico:
UOC Contabilità analitica e patrimonio**

N. V. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello dipartimentale	--	--	--	--
4	Riorganizzazione della contabilità analitica	4.1	Adeguamento della contabilità analitica al DDG 835/2014 "Linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di Controllo di Gestione"	15	Si (allegare relazione)	SI	15
5	Monitoraggio delle variazioni autorizzate del budget assegnato per specifico c.e. a ciascun Centro di Responsabilità	5.1	Trasmissione di report annuale aggiornato per ciascun Centro di responsabilità e per specifico c.e. alla Direzione Generale ed all'U.O. Programmazione Controllo di gestione e S.I.S.	15	Si (allegare report)	SI	15
6	Aggiornamento Piano dei centri di costo	6.1	Rilevazione incongruenze, correzione e aggiornamenti del piano dei centri di costo aziendale adottato con delibera n. 792 del 30/11/2016	15	Si (allegare relazione)	SI	15
7	Gestione ed invio flusso CRIL	7.1	Redazione procedura per la gestione dell'anagrafica CRIL/CDC	15	Si (allegare procedura)	SI	15
		7.2	Trasmissione del flusso aggiornato secondo indicazioni di modalità e tempistica del DDG n.2061 del 27/10/2016	15	Si (allegare relazione)	SI	15
8	Gestione Flusso COA	8.1	Trasmissione del flusso aggiornato secondo indicazioni di modalità e tempistica del DDG n.63 del 13/01/2017	15	Si (allegare relazione)	SI	15
			totale peso	100			100

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

**Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico:
UOC Contabilità generale e gestione tesoreria**

IV. OB	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Miglioramento delle procedure di registrazione delle fatture e dei mandati di pagamento del "Ciclo Passivo"	4.1	N. fatture emesse da Fornitori registrate e pagate nei tempi previsti dalla normativa / N. totale fatture emesse da Fornitori	20	≥ 90%	90%	20
		4.2	Produzione di report e relazione semestrale per la Direzione Amministrativa sulle fatture non pagate nei tempi previsti dalla normativa	20	SI	SI	20
5	Incremento incasso sui crediti	5.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2017	15	> = 10%	> 10%	15
6	Contabilità separata per prestazioni in ALPI.	6.1	Trasmissione di report semestrale aggiornato per ciascuna struttura erogatrice delle prestazioni in ALPI, con relativa valorizzazione, all'UOC Coordinamento Staff Strategico e all'UOC Programmazione e Controllo di Gettone e S.I.S.	15	SI	SI	15
7	Riorganizzazione del procedimento di liquidazione e pagamento delle fatture	7.1	Matrice delle responsabilità	10	SI	SI	10
			Sistema di monitoraggio attraverso scadenziario per settore liquidatore con evidenziazione dei ritardi	10	SI	SI	10
			totale peso	100			100

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

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico: UOC Progettazione e manutenzione								
N. V.	OBV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1		Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2		Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3		Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4.		BENI e SERVIZI: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento	4.1	N.procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) con motivazioni che hanno impedito il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza/ N.procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) effettuate senza il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza	25	100%	100%	25
			4.2	N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza con motivazioni che hanno richiesto il ricorso a tale tipo di procedura / N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza	25	100%	4/4 100%	25
5		Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011: Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: QPS. 8 Identificazione e analisi dei near miss	5.1	N. relazioni redatte e trasmesse all'UO Risk Management relative al sopralluogo effettuato a seguito della richiesta di intervento da parte dell'U.O. Risk management con le specifiche e la tempistica dell'intervento, inviate entro 2 giorni lavorativi successivi alla richiesta / N. richieste di intervento pervenute dall' U.O. Risk Management.	20	>= 90%	1/1 100%	20
6		Sistema di manutenzione edile programmata (UOC Progettazione e manutenzione e UOC Logistica)	6.1	Redazione di una procedura per la realizzazione della manutenzione edile programmata	20	Si (allegare procedura)	SI	20
				totale peso	100			100

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

**Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico:
UOC Provveditorato**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	BENI e SERVIZI: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento	4.1	N.procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) con motivazioni che hanno impedito il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza/ N.procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) effettuate senza il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza	25	100%	16/16 100%	25
		4.2	N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza con motivazioni che hanno richiesto il ricorso a tale tipo di procedura / N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza	25	100%	12/12 100%	25
		4.3	N. contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe con motivazioni che hanno impedito l'avvio e/o la definizione di nuova procedura /N. contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe	20	100%	7/7 100%	20
5	Riconoscimento e regolamentazione del processo di acquisto dei beni al fine di eliminare la frammentazione dello stesso (con UU.OO.CC. Coordinamento Amministrativo PP.OO.)	5.1	Redazione del regolamento unico che disciplina tutti gli acquisti di beni	10	SI (allegare regolamento)	SI	10
		5.2	Progettazione di attività di acquisto decentrate nel territorio	10	SI	SI	10
totale peso				100			100

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

**Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico:
UOC Logistica e gestione servizi esternalizzati**

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	--	--
4	Obiettivi Contrattuali generali BENI e SERVIZI: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia.	4.1	N. contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe con motivazioni che hanno impedito l'avvio e/o la definizione di nuova procedura /N. contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe	30	100%	1/1 100%	30
5	Monitoraggio della procedura relativa alle richieste di intervento pervenute alla UOC	5.1	N° richieste evase secondo le procedure stabilite / N° richieste di intervento pervenute alla UOC (per ciascuna delle linee d'intervento individuate)	30	100%	58/58 100%	30
6	Sistema di manutenzione edile programmata (UOC Progettazione e manutenzione e UOC Logistica)	6.1	Redazione di una procedura per la realizzazione della manutenzione edile programmata	30	SI	SI	30
			totale peso	100			100

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

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	nessuna segnalazione 0/0 100%	10
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. I n. 20 12 maggio 2017)	6.1	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	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 100% 1) 62/62 2) 62/62 3) 62/62	15

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)

N. OBT	INDICATORE	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
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	7.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	10	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	1/1 369 / 369 100%	10
8	Prescrizioni dematerializzate	8.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS 2016-2017 di seguito riportate o le successive indicazioni): a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (> 30% aziendale) b) N. medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 10 aziendale)	10	SI (allegare relazione)	a) 21/22 95% b) 16.343/21/12 =64,85	10
9	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	9.1	Analisi delle criticità e formulazione delle proposte di intervento correttive (con almeno 2 incontri con l'UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie)	10	SI (allegare relazione)	24/07/2018 21/12/2018	10
10	Disabilità e non autosufficienza	10.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	>=80%	1.340 /1.396 96%	10
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
12	Supporto alla informatizzazione	12.1	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		12.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 4/4 Sc.Card. 4/4 BPCO 0/0 100%	10
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)	6.1	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	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	2/2 100% 1) 140/140 2) 140/140 3) 138/142	15
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	7.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	10	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	1/1 * 260/260 100%	10

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Prescrizioni dematerializzate	8.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS 2016-2017 di seguito riportate o le successive indicazioni): a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (> 30% aziendale) b) N. medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 10 aziendale)	10	SI (allegare relazione)	a) 17/23 74% b) 10.405/17/12 =51	10
9	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	9.1	Analisi delle criticità e formulazione delle proposte di intervento correttive (con almeno 2 incontri con l'UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie)	10	SI (allegare relazione)	24/07/2018 21/12/2018	10
10	Disabilità e non autosufficienza	10.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	>=80%	776/776 100%	10
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
12	Supporto alla Informatizzazione	12.1	Informazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		12.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 56/66 Scomp.Card.75/88 BPCO 79/87 83,67%	10
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. I n. 20 12 maggio 2017)	6.1	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	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 65/65 79/79 57/57 100%	15
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	7.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	10	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	1/1 *68/68 100%	10

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Prescrizioni dematerializzate	8.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS 2016-2017 di seguito riportate o le successive indicazioni): a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUJMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (> 30% aziendale) b) N. medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 10 aziendale)	10	SI (allegare relazione)	a) 25/27 92,6% b) 973/25 39	10
9	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	9.1	Analisi delle criticità e formulazione delle proposte di intervento correttive (con almeno 2 incontri con l'UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie)	10	SI (allegare relazione)	24/07/2018 21/12/2018	10
10	Disabilità e non autosufficienza	10.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	>=80%	472/472 100%	10
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
12	Supporto alla informatizzazione	12.1	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		12.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dal PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 1/1 Scomp.Card. 3/3 BPCO 2/2 100%	10
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)	6.1	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	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	3/3 1)27/27 2) 26/26 3) 27/27 100%	15
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	7.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	10	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. in assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	1/1 318/318 100% *	10

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Prescrizioni dematerializzate	8.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS 2016-2017 di seguito riportate o le successive indicazioni): a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (> 30% aziendale) b) N. medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 10 aziendale)	10	SI (allegare relazione)	a)26/28 93% b)1.556/26= 59,8	10
9	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	9.1	Analisi delle criticità e formulazione delle proposte di intervento correttive (con almeno 2 incontri con l'UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie)	10	SI (allegare relazione)	24/07/2018 21/12/2018	10
10	Disabilità e non autosufficienza	10.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	>=80%	583/691 84,37%	10
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
12	Supporto alla informatizzazione	12.1	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		12.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 2/2 Sc.Card. 0/0 BPCO 5/5 100%	10
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. I n. 20 12 maggio 2017)	6.1	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	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 100% 1)181/181 2) 171/181 3) 161/161	15
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	7.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	10	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. in assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	2/2 *213/224 95%	10

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)

N. OBTV	N. OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Prescrizioni dematerializzate	8.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS 2016-2017 di seguito riportate o le successive indicazioni): a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMMASTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (> 30% aziendale) b) N. medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 10 aziendale)	10	SI (allegare relazione)	a) 23/27 85% b) 12.860/23/12 =46,59%	10
9	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	9.1	Analisi delle criticità e formulazione delle proposte di intervento correttive (con almeno 2 incontri con l'UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie)	10	SI (allegare relazione)	24/07/2018 2/1/12/2018	10
10	Disabilità e non autosufficienza	10.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	>=80%	891/943 95%	10
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
12	Supporto alla informatizzazione	12.1	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		12.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
			totale peso	85			85

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

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)

N. OB	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	nessuna segnalazione 0/0	10
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. I n. 20-12 maggio 2017)	6.1	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	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	6/7 85,71% 1)154/154 2)161/161 3)161/161	15
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	7.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	10	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	1/1 * 356/356 =100%	10

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Prescrizioni dematerializzate	8.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS 2016-2017 di seguito riportate o le successive indicazioni): a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (> 30% aziendale) b) N. medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 10 aziendale)	10	SI (allegare relazione)	a) 28/29 96,5% b) 6.815/28/12 =20,28%	10
9	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	9.1	Analisi delle criticità e formulazione delle proposte di intervento correttive (con almeno 2 incontri con l'UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie)	10	SI (allegare relazione)	24/07/2018 21/12/2018	10
10	Disabilità e non autosufficienza	10.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	>=80%	487/573 85%	10
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
12	Supporto alla informatizzazione	12.1	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		12.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 2/2 Sc.Card.3/3 BPCO 0/0 100%	10
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. I n. 20 12 maggio 2017)	6.1	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	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 1)233/233 2) 224/233 3)222/222 100%	15
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	7.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	10	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	1/1 *401/401 100%	10

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Prescrizioni dematerializzate	8.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS 2016-2017 di seguito riportate o le successive indicazioni): a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (> 30% aziendale) b) N. medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 10 aziendale)	10	SI (allegare relazione)	a)36/37 b)17.904/36/ 12=41,44	10
9	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	9.1	Analisi delle criticità e formulazione delle proposte di intervento correttive (con almeno 2 incontri con l'UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie)	10	SI (allegare relazione)	24/07/2018 21/12/2018	10
10	Disabilità e non autosufficienza	10.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	>=80%	1.172/1.302 90%	10
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
12	Supporto alla informatizzazione	12.1	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		12.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)

N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dal PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 5/5 Sc.car. 11/11 BPCO 12/12 100%	10
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. I n. 20 12 maggio 2017)	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in caice 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	25	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 1) 81/81 2) 81/81 3) 81/81 100%	25
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	7.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	0	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. in assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	assenza di ambulatorio di pneumologia	

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Prescrizioni dematerializzate	8.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS 2016-2017 di seguito riportate o le successive indicazioni): a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (> 30% aziendale) b) N. medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 10 aziendale)	10	Si (allegare relazione)	a) 28/30 93,33% b) 3.996/28/12 = 11,89	10
9	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	9.1	Analisi delle criticità e formulazione delle proposte di intervento correttive (con almeno 2 incontri con l'UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie)	10	Si (allegare relazione)	24/07/2018 21/12/2018	10
10	Disabilità e non autosufficienza	10.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	>=80%	472/472 100%	10
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
12	Supporto alla informatizzazione	12.1	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		12.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)

N. OB	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 82/82 Sc.Car.38/38 BPCO 64/64 100%	10
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. I n. 20 12 maggio 2017)	6.1	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	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	1/1 207/207 2) 206/206 3) 207/207 100%	15
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	7.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	10	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. in assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'Obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	1/1 * 202/202 100%	10

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)

INDICATORE	OBiettivo	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Prescrizioni dematerializzate	8.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS 2016-2017 di seguito riportate o le successive indicazioni): a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (> 30% aziendale) b) N. medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 10 aziendale)	10	Si (allegare relazione)	a)13/18 72% b) 9.259/13/12= 59,35	10
9	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	9.1	Analisi delle criticità e formulazione delle proposte di intervento correttive (con almeno 2 incontri con l'UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie)	10	Si (allegare relazione)	24/07/2018 21/12/2018	10
10	Disabilità e non autosufficienza	10.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	>=80%	840 / 936 89%	10
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	5
12	Supporto alla informatizzazione	12.1	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		12.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	5.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere per il Poliambulatorio Centro	10	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	0/0 100%	10
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. I n. 20 12 maggio 2017)	6.1	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 Poliambulatorio Centro 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	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	5/5 1) 352/352 2) 352/352 3) 354/354 100%	10
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	7.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti Poliambulatorio Centro * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. in assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	1/1 *58/58 100%	5

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Prescrizioni dematerializzate	8.1	Realizzazione delle attività di pertinenza finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (secondo le specifiche dell'obiettivo AGENAS 2016-2017 di seguito riportate o le successive indicazioni): a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati sul sistema TS alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (> 30% aziendale) b) N. medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (> = 10 aziendale)	5	SI (allegare relazione)	a) 24/24 100% b) 90.817/24/12= 315,34	5
9	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	9.1	Analisi delle criticità e formulazione delle proposte di intervento correttive (con almeno 2 incontri con l'UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie)	5	SI (allegare relazione)	24/07/2018 21/12/2018	5
10	Ambulatori infermieristici	10.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici	10	SI (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	SI	10
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
12	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	12.1	UOC PTA "Biondo"	5	100%	100%	5
		12.2	UOC PTA "Casa del Sole"	5	100%	100%	5
		12.3	UOC PTA "E. Albanese"	5	100%	100%	5
		12.4	UOC PTA "Guadagna"	5	100%	100%	5
13	Supporto alla informatizzazione	13.1	Informizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		13.2	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				85			85

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello distrettuale</i>	--	--	--	--
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dal PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	25	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 8/8 Scom.Car.43/43 BPCO 12/12 100%	25
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)	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	20	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	3/3 100% 1) 448/448 2) 431/431 3) 440/457	20
6	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	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello	15	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. in assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	3/3 100% *500/500	15

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
7	Disabilità e non autosufficienza	7.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	15	>=80%	2.298/2.298 100%	15
8	Ambulatori infermieristici	8.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici, sulla base delle indicazioni della direzione del Distretto sanitario	10	SI (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	SI	10
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
			totale peso	100			100

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

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

N. OB	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello distrettuale</i>	--	--	--	--
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	25	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 12/12 Sc.Card. 21/21 BPCO 0/0 100%	25
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)	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	20	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	2/2 100% 1) 57/57 2) 55/57 3) 55/55	20

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

N. OBT	INDICATORE	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
6	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	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello	15	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'Obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	giustificato	15
7	Disabilità e non autosufficienza	7.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	15	>=80%	2.211/2.211 100%	15
8	Ambulatori infermieristici	8.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici, sulla base delle indicazioni della direzione del Distretto sanitario	10	SI (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	giustificato	10
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
			totale peso	100			100

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello distrettuale</i>	--	--	--	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	25	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 3/3 Sc.Car. 9/9 BPCO 0/0 100%	25
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)	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	20	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	2/3 1) 248/270 2) 248/270 3) 248/270 91,85%	20
6	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	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello	15	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	2/2 100% * 283/283	15

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
7	Disabilità e non autosufficienza	7.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	15	>=80%	1.975/2.206 89,53%	15
8	Ambulatori infermieristici	8.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici, sulla base delle indicazioni della direzione del Distretto sanitario	10	SI (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	SI	10
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
			totale peso	100			100

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

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello distrettuale</i>	--	--	--	--
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	25	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 9/9 Sc.Card. 38/38 BPCO 0/0 100%	25
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)	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	35	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	2/2 100% 1)173/173 2) 155/173 3) 171/173	35
6	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	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti *redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello	0	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso Fibrillazione Atriale"	assenza di ambulatorio di pneumologia	0

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
7	Disabilità e non autosufficienza	7.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	15	>=80%	1.501 / 1.501 100%	15
8	Ambulatori infermieristici	8.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici, sulla base delle indicazioni della direzione del Distretto sanitario	10	Sì (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	Sì	10
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	5
			totale peso	100			100

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

**DO1 - PP.OO. integrati "Civico" di Partinico e "Dei Bianchi" di Corleone:
UOC Coordinamento amministrativo**

N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Riorganizzazione degli uffici dell'area operativa assegnata	4.1	Procedura finalizzata ad uniformare i provvedimenti adottati dai Direttori Medici di P.O. e dai Direttori delle UOC di Coordinamento Amministrativo	15	SI (allegare procedura)	SI	15
5	Ricognizione e regolamentazione del processo di acquisto dei beni al fine di eliminare la frammentazione dello stesso (con Dipartimento REPT)	5.1	Redazione del regolamento unico che disciplina tutti gli acquisti di beni	25	SI (allegare regolamento)	SI	25
		5.2	Progettazione di attività di acquisto decentrate nel territorio	25	SI (allegare relazione)	SI	25
		6.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (con Dipartimento del Farmaco): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
6	Supporto alla informatizzazione dei PP.OO. (con i Direttori Medici dei PP.OO.)	6.2	Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio: - Unico registro di blocco operatorio - Unico magazzino di blocco operatorio	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		6.3	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		6.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
			totale peso	75			75

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

DO2 - PP.OO. integrati "S. Cimino" di Termini Imerese e "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana: UOC Coordinamento amministrativo							
N. OBT/	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Riorganizzazione degli uffici dell'area operativa assegnata	4.1	Procedura finalizzata ad uniformare i provvedimenti adottati dai Direttori Medici di P.O. e dai Direttori delle UOC di Coordinamento Amministrativo	15	Sì (allegare procedura)	Sì	15
5	Riconoscimento e regolamentazione del processo di acquisto dei beni al fine di eliminare la frammentazione dello stesso (con Dipartimento REPT)	5.1	Redazione del regolamento unico che disciplina tutti gli acquisti di beni	25	Sì (allegare regolamento)	Sì	25
		5.2	Progettazione di attività di acquisto decentrate nel territorio	25	Sì (allegare relazione)	Sì	25
6	Supporto alla informatizzazione dei PP.OO. (con i Direttori Medici dei PP.OO.)	6.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (con Dipartimento del Farmaco): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	0	Sì (allegare relazione)	non realizzabile	
		6.2	Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio: - Unico registro di blocco operatorio - Unico magazzino di blocco operatorio	0	Sì (allegare relazione)	non realizzabile	
		6.3	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Sì (allegare relazione)	non realizzabile	
		6.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Sì (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				75			75

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

**DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo:
UOC Coordinamento amministrativo**

N. OB	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Riorganizzazione degli uffici dell'area operativa assegnata	4.1	Procedura finalizzata ad uniformare i provvedimenti adottati dai Direttori Medici di P.O. e dai Direttori delle UOC di Coordinamento Amministrativo	15	Si (allegare procedura)	Si	15
5	Ricognizione e regolamentazione del processo di acquisto dei beni al fine di eliminare la frammentazione dello stesso (con Dipartimento REPT)	5.1	Redazione del regolamento unico che disciplina tutti gli acquisti di beni	25	Si (allegare regolamento)	Si	25
		5.2	Progettazione di attività di acquisto decentrate nel territorio	25	Si (allegare relazione)	Si	25
		6.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (con Dipartimento del Farmaco): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
6	Supporto alla informatizzazione dei PP.OO. (con i Direttori Medici dei PP.OO.)	6.2	Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio: - Unico registro di blocco operatorio - Unico magazzino di blocco operatorio	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		6.3	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		6.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
			totale peso	75			75

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

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Direzione Sanitaria							
N. OBTV	OGGETTO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	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	5.1	Realizzazione di interventi di vigilanza sull'applicazione del decreto e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016 con monitoraggio degli indicatori e individuazione di eventuali interventi correttivi	10	Si (allegare report)	SI	10
6	Programma Nazionale Esiti (PNE): Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	6.1	Realizzazione di interventi di vigilanza sul raggiungimento dell'obiettivo 2017 (>=97%, grado raggiungimento proporzionale fra 70% e 97%)	10	Si (allegare report)	SI	10
7	Sorveglianza delle infezioni ospedaliere	7.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo	25	Si (allegare relazione)	SI	25
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	5
9	Pronto soccorso in rete	9.1	Implementazione del progetto "Codice rosa"	5	Si (allegare relazione)	SI	5

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Direzione Sanitaria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
10	Supporto alla informatizzazione con il Coordinamento amministrativo di P.O.	10.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (con Dipartimento Farmaceutico): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.2	Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio: - Unico registro di blocco operatorio - Unico magazzino di blocco operatorio	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.3	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
11	Supporto alla informatizzazione	11.1	Informatizzazione della cartella clinica: - Cartella clinica informatizzata a regime	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
			totale peso	70			70

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

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	--	--
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017)	4.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5	>=90%	60/60 100%	5
		4.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	>=90%	55/55 100%	10
5	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	5.1	N di pz con frattura di femore over 65 anni con tempo di permanenza in PS [Entrata- Uscita] inferiore a 4h / N di pz con frattura di femore over 65 anni ricoverati nel P.O. (esclusi casi con assenza di posti letto all'accettazione del paziente)	10	>=90%	0/0	10
		5.2	N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili su cui si esegue consulenza internistica ai fini della stabilizzazione clinica o della valutazione multidimensionale entro il giorno successivo dalla richiesta da parte dell'U.O. di Ortopedia /N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili con richiesta di consulenza internistica da parte dell'U.O. di Ortopedia	10	>=90%	49/53 92,4%	10
6	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	6.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	>=90%	0/0	10
		6.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	>=90%	101/101 100%	10

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Medicina interna							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
7	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	7.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	10	SI (allegare relazione)	SI	10
8	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	8.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	10	SI (allegare report)	SI	10
9	Misurazione della qualità percepita	9.1	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%	174/174 100%	15
totale peso				100			100

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

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Cardiologia-UTIC							
N. OB	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	--	--
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017)	4.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	>=90%	70/70 100%	10
		4.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	>=90%	58/58 100%	10
5	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	5.1	N. di pazienti con frattura di femore over 65 aa. per i quali si provvede a prenotare o eseguire direttamente eventuali esami strumentali di approfondimento / N. pazienti con frattura di femore over 65 aa valutati e meritevoli di esami strumentali di approfondimento	15	>=80%	53/63 100%	15
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	6.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	20	Si (allegare relazione)	SI	20

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Cardiologia-JTIC							
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
7	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	7.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	20	SI (allegare report)	642/642 100%	20
8	Misurazione della qualità percepita	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	15	100%	72/72 100%	15
			totale peso	100			100

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

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Chirurgia generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
4	Programma Nazionale Esiti: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	4.1	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo PNE)	20	> 97% [per valori compresi tra 70% e 97% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (70%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	57/73 78,08%	5,99
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	25	SI (allegare relazione)	SI	25
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	6.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	25	SI (allegare report)	SI	25
7	Misurazione della qualità percepita	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	20	100%	100%	20
			totale peso	100			85,99

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

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
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 4.2	Applicazione del decreto con misurazione degli indicatori: 1, 2; 3; 5.2; 5.3; 6.3; 7; 10 previsti dal Decreto e dal Percorso diagnostico-terapeutico aziendale N. Interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento PNE)	15	Si (Inviare report a Direzione medica di P.O. e UOC Ospedalità Pubblica secondo tempi richiesti)	SI	15
					> 90% (per valori compresi tra 60% e 90% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto)	38 /56 67,86%	3,93
		4.3	N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili con richiesta di consulenza geriatrica o internistica entro 12 ore dal ricovero / N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili	7	>=90%	49 / 53 92,4%	7
		4.4	N. pazienti con frattura di femore over 65 anni per i quali è stata prevista una valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo entro 24-48 ore dopo l'intervento chirurgico / N. pazienti con frattura di femore over 65 anni	8	>=90%	49 / 53 92,4%	8

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico
UOC Ortopedia e traumatologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	15	SI (allegare relazione)	SI	15
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	6.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	15	SI (allegare report)	SI	15
7	Misurazione della qualità percepita	7.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	89 / 89 100%	15
			totale peso	100			88,93

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

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOS Funzioni igienico-organizzative							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
6	Programma Nazionale Esiti (PNE): Proporzione di colecistomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	6.1	Realizzazione di interventi di vigilanza sul raggiungimento dell'obiettivo (>=97% secondo protocollo PNE; grado raggiungimento proporzionale fra 70% e 97%)	20	SI (allegare report)	SI	20
7	Sorveglianza delle infezioni ospedaliere	7.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo	25	SI (allegare relazione)	SI	25
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
9	Pronto soccorso in rete	9.1	Implementazione del progetto "Codice rosa"	5	SI (allegare relazione)	SI	5
10	Supporto alla informatizzazione con il Coordinamento amministrativo di P.O.	10.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (con Dipartimento Farmaceutico): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.2	Unico registro di blocco operatorio - Unico magazzino di blocco operatorio	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.3	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
11	Supporto alla informatizzazione	11.1	Informatizzazione della cartella clinica: - Cartella clinica informatizzata a regime	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	0
totale peso				70			70

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

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
UOC Medicina Interna**

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017)	4.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5	>=90%	14/14 100%	5
		4.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	>=90%	14/14 100%	10
5	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	5.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	15	> =90%	7/7 100%	15
		5.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	15	> =90%	17/18 94%	15
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	6.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	15	SI (allegare relazione)	SI	15
7	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	7.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	15	SI (allegare report)	SI	15
8	Misurazione della qualità percepita	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	15	100%	27/27 100%	15
			totale peso	100			100

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

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOS Chirurgia Generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
4	Programma Nazionale Esiti Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	4.1	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento PNE)	20	> 97% [per valori compresi tra 70% e 97% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (70%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	10/10 100%	20
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	25	SI (allegare relazione)	SI	25
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 2016/2016)	6.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	25	SI (allegare report)	SI 143/143	25
7	Misurazione della qualità percepita	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	20	100%	54/54 100%	20
			totale peso	100			100

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

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOS Direzione Sanitaria

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	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	5.1	Realizzazione di interventi di vigilanza sull'applicazione del decreto e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016 con monitoraggio degli indicatori e individuazione di eventuali interventi correttivi	10	SI (allegare report)	SI	10
6	Programma Nazionale Esiti (PNE): Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	6.1	Realizzazione di interventi di vigilanza sul raggiungimento dell'obiettivo (>=97% secondo protocollo PNE); grado raggiungimento proporzionale fra 70% e 97%)	10	SI (allegare report)	SI	10
7	Sorveglianza delle infezioni ospedaliere	7.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo	25	SI (allegare relazione)	SI	25
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5
9	Pronto soccorso in rete	9.1	Implementazione del progetto "Codice rosa"	5	SI (allegare relazione)	SI	5
10	Supporto alla informatizzazione con il Coordinamento amministrativo di P.O.	10.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (con Dipartimento Farmaceutico): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.2	Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio: - Unico registro di blocco operatorio - Unico magazzino di blocco operatorio	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.3	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
		10.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
11	Supporto alla informatizzazione	11.1	Informatizzazione della cartella clinica: - Cartella clinica informatizzata a regime	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	
totale peso				70			70

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

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Medicina interna							
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017)	4.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5	>=90%	66 / 68 97%	5
		4.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	>=90%	15 / 16 93,75%	10
5	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	5.1	N di pz over 65 con frattura di femore con tempo di permanenza in PS [Entrata- Uscita] inferiore a 4h / N di pz over 65 con frattura di femore ricoverati nel P.O. (esclusi casi con assenza di posti letto all'accettazione del paziente)	10	>=90%	105 / 116 90,52%	10
		5.2	N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili su cui si esegue consulenza internistica ai fini della stabilizzazione clinica o della valutazione multidimensionale entro il giorno successivo dalla richiesta da parte dell'U.O. di Ortopedia / N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili con richiesta di consulenza internistica da parte dell'U.O. di Ortopedia	10	> =90%	71 / 74 96%	10
6	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	6.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	> =90%	17 / 17 100%	10
		6.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	> =90%	40 / 42 95%	10

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
7	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	7.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	10	SI (allegare relazione)	SI	10
8	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	8.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	10	SI (allegare report)	SI	10
9	Misurazione della qualità percepita	9.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	93 / 93 100%	15
			totale peso	100			100

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

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	--	--
4	Programma Nazionale Esiti Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	4.1	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento PNE)	20	[per valori compresi tra 70% e 97% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (70%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	37/43 86,08%	11,89
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	25	Si (allegare relazione)	giustificato	25
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	6.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	25	Si (allegare report)	SI	25
7	Misurazione della qualità percepita	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	20	100%	24 / 24 100%	20
				totale peso			100
							91,89

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

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Otorinolaringoiatria							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	30	SI (allegare report)	SI	30
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	6.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	30	SI (allegare report)	SI	30
7	Misurazione della qualità percepita	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	30	100%	99/99 100%	30
			totale peso	100			100

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

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
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 4.2	Esistenza di report con la misurazione degli indicatori: 1, 2; 3; 5.2; 5.3; 6.3; 7; 10 previsti dal Decreto e dal Percorso diagnostico-terapeutico aziendale N. interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento AGENAS)	15 15	Si (Inviare report a Direzione medica di P.O. e UOC Ospedalità Pubblica secondo tempi richiesti)	SI	15 11,59
		4.3	N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili con richiesta di consulenza geriatrica o internistica entro 12 ore dal ricovero / N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili	7	>=90%	10/10 100%	7
		4.4	N. pazienti con frattura di femore over 65 anni per i quali è stata prevista una valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo entro 24-48 ore dopo l'intervento chirurgico / N. pazienti con frattura di femore over 65 anni	8	>=90%	giustificato	8

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	15	SI (allegare report)	SI	15
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	6.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	15	SI (allegare report)	SI	15
7	Misurazione della qualità percepita	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	15	100%	36 / 36 100%	15
totale peso				100			96,59

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

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Funzioni igienico-organizzative									
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO		
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5		
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5		
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC			
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5		
5	Sorveglianza delle infezioni ospedaliere	5.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo	45	SI (allegare relazione)	SI	45		
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	5		
7	Pronto soccorso in rete	7.1	Implementazione del progetto "Codice rosa"	5	SI (allegare relazione)	SI	5		
8	Supporto alla informatizzazione con il Coordinamento amministrativo di P.O.	8.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (con Dipartimento Farmaceutico): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile			
		8.2	Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio: - Unico registro di blocco operatorio - Unico magazzino di blocco operatorio	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile			
		8.3	Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile			
		8.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile			
9	Supporto alla informatizzazione	9.1	Informatizzazione della cartella clinica: - Cartella clinica informatizzata a regime	0	SI (allegare relazione)	non realizzabile	0		
totale peso							70	70	

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

Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOC Medicina interna							
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017)	4.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5	>=90%	127/127 100 %	5
5	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	4.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	>=90%	127/127 100 %	10
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	15	> =90%	10/10 100%	15
7	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	5.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	15	> =90%	110/110 100%	15
8	Misurazione della qualità percepita	6.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	15	SI (allegare relazione)	SI	15
		7.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	15	SI (allegare report)	SI	15
		8.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	112/112 100%	15
			totale peso	100			100

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

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

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	0	100%	obiettivo non specificato dal Responsabile PAC	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	5
5	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 PDO02DIR00 16/11/2016	5.1	Realizzazione di interventi di vigilanza sull'applicazione del decreto e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PDO02DIR00 16/11/2016 con monitoraggio degli indicatori e individuazione di eventuali interventi correttivi	10	Si (allegare report)	SI	10
6	Programma Nazionale Esiti: 1. Proporzioni di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dal ricovero 2. Proporzioni di STEMI (Infarti Miocardici con Soprassviluppamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.	6.1	Realizzazione di interventi di vigilanza sul raggiungimento dell'obiettivo (>=91%; grado raggiungimento proporzionale fra 60% e 91%)	10	Si (allegare report)	SI	10
7	Programma Nazionale Esiti (PNE): Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg.	7.1	Realizzazione di interventi di vigilanza sul raggiungimento dell'obiettivo (>=97%; grado raggiungimento proporzionale fra 70% e 97%)	10	Si (allegare report)	SI	10
8	Sorveglianza delle infezioni ospedaliere	8.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo	15	Si (allegare relazione)	SI	15
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	SI	5
10	Pronto soccorso in rete	10.1	Implementazione del progetto "Codice rosa"	5	Si (allegare relazione)	SI	5
11	Supporto alla informatizzazione con il Coordinamento amministrativo di P.O.	11.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (con Dipartimento Farmaceutico): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		11.2	Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio: - Unico registro di blocco operatorio	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		11.3	Informatizzazione del sistema di comunicazione interna (protocollo interno): - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
		11.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
12	Supporto alla informatizzazione	12.1	Informatizzazione della cartella clinica: - Cartella clinica informatizzata a regime	0	Si (allegare relazione)	non realizzabile	
				70			70

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

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOS Gastroenterologia ed endoscopia - Screening colon retto							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
4	Screening oncologico relativo al tumore del colon retto	4.1	Redazione e diffusione agli attori coinvolti del percorso clinico-organizzativo del programma di prevenzione che specifichi le attività previste con attori e responsabili	40	SI (allegare documento)	SI	40
		4.2	Elaborazione di piano di ripartizione, fra i centri individuati, delle colonoscopie e delle attività connesse, finalizzato alla copertura del tasso di estensione e adesione previsto	20	SI (allegare documento)	SI	20
		4.3	N. pazienti che effettuano la colonoscopia entro 60 gg dalla comunicazione del risultato positivo del SOF test /N. pazienti che hanno effettuato la colonoscopia nella data proposta	15	>=75%	731 /754 97%	15
		4.4	Rilevazione dell'indicatore: di colonoscopie con raggiungimento del cieco/ N. di colonoscopie eseguite	15	Rilevazione	SI 98%	15
totale peso				100			100

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

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOC Medicina interna							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017)	4.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	5	>=90%	36/36 100%	5
		4.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	>=90%	34/34 100%	10
5	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	5.1	N di pz over 65 con frattura di femore con tempo di permanenza in PS [Entrata- Uscita] inferiore a 4h / N di pz over 65 con frattura di femore ricoverati nel P.O. (esclusi casi con assenza di posti letto all'accettazione del paziente)	10	>=90%	29/29 100%	10
		5.2	N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili su cui si esegue consulenza internistica ai fini della stabilizzazione clinica o della valutazione multidimensionale entro il giorno successivo dalla richiesta da parte dell'U.O. di Ortopedia /N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili con richiesta di consulenza internistica da parte dell'U.O. di Ortopedia	10	> =90%	0/0/ 100%	10
6	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	6.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	> =90%	60/60 100%	10
		6.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	0	> =90%	giustificato	
7	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	7.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	10	SI (allegare relazione)	SI	10

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
8	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	8.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	10	SI (allegare report)	SI	10
9	Misurazione della qualità percepita	9.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informativa) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	45/45 100%	15
			totale peso	90			90

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

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia-JTIC con emodinamica							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
4	Programma Nazionale Esiti: Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dal ricovero	4.1	N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati (secondo protocollo di riferimento PNE)	15	> 91% [per valori compresi tra 78% e 91% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (78%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	82/92 89,13%	12,84
5	Programma Nazionale Esiti: Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.	5.1	Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. (secondo protocollo di riferimento PNE)	15	> 91% [per valori compresi tra 60% e 91% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (78%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	72/92 78,26%	8,84
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)	6.1	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	>=90%	162/170 95,3%	10

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia-UTIC con emodinamica							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
7	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	7.1	N. di pazienti con frattura di femore over 65 aa. per i quali si provvede a prenotare o eseguire direttamente eventuali esami strumentali di approfondimento / N. pazienti con frattura di femore over 65 aa. Valutati e meritevoli di esami strumentali di approfondimento	10	>=90%	140/144 97,2%	10
8	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	8.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	15	SI (allegare relazione)	SI	15
9	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	9.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	10	SI (allegare report)	SI	10
10	Misurazione della qualità percepita	10.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommistrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	54/54 100%	15
				totale peso			100
* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito							
							81,68

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

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	--	--
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017)	4.1	Effettuazione di incontri tra i medici per la condivisione del PDTA previsto dal D.A. 28 aprile 2017, l'analisi di casi clinici e la pianificazione di eventuali interventi correttivi	15	> = 9 incontri nell'anno 2018 (allegare relazione)	SI >9	15
5	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 prosco di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	5.1	N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili su cui si esegue consulenza geriatrica ai fini della stabilizzazione clinica o della valutazione multidimensionale entro il giorno successivo dalla richiesta da parte dell'U.O. di Ortopedia /N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili con richiesta di consulenza geriatrica da parte dell'U.O. di Ortopedia	10	> =90%	48/48 100%	10
6	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	6.1 6.2	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata /N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10 15	> =90% > =90%	13/13 100% 16/16 100%	10 15
7	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	7.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	15	SI (allegare relazione)	SI	15
8	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	8.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	10	SI (allegare report)	SI	10
9	Misurazione della qualità percepita	9.1	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%	11/108 >100%	15
			totale peso	100			100

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

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOC Chirurgia generale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
4	Programma Nazionale Esiti:Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	4.1	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (secondo protocollo di riferimento PNE)	20	> 97% [per valori compresi tra 70% e 97% il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (70%), l'obiettivo è considerato non raggiunto]	41/44 93,18%	17,17
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni		Si (allegare relazione)	obiettivo non pertinente	
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	6.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	25	Si (allegare report)	Si	25
7	Misurazione della qualità percepita	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	20	100%	100%	20
				totale peso			75

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

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
		4.1	Esistenza di report con la misurazione degli indicatori: 1, 2; 3; 5.2; 5.3; 6.3; 7; 10 previsti dal Decreto e dal Percorso diagnostico-terapeutico aziendale	15	SI	SI	15
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	4.2	N. interventi per frattura di femore effettuati in pazienti over 65 anni entro un intervallo di 0 - 2 giorni dal ricovero / N. tot casi di frattura di femore in pazienti over 65 anni (compresi casi senza intervento chirurgico e secondo protocollo di riferimento PNE)	15		31/73 42,47%	0
		4.3	N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili con richiesta di consulenza geriatrica o internistica entro 12 ore dal ricovero / N. pazienti con frattura di femore over 65 anni clinicamente instabili o fragili	7	> =90%	48/48 100%	7
		4.4	N. pazienti con frattura di femore over 65 anni per i quali è stata prevista una valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo entro 24-48 ore dopo l'intervento chirurgico / N. pazienti con frattura di femore over 65 anni	8	> =80%	86%	8
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	15	SI (allegare relazione)	SI	15

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOC Ortopedia e traumatologia							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (PD001DIR00 Prot. n. 4314 DSA del 20/6/2016)	6.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	15	SI (allegare report)	SI	15
7	Misurazione della qualità percepita	7.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	70/70 100%	15
			totale peso	100			85

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

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Medicina fisica e riabilitazione intensiva							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
4	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti	4.1	N. cartelle cliniche con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. cartelle cliniche dei pazienti degenti	45	>=90% (allegare report)	94/94 100%	45
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	30	Si (allegare relazione)	Si	30
6	Misurazione della qualità percepita	6.1	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%	30/30 100%	15
			totale peso	100			100

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

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018	PESO
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	5
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero	--	--	--	--
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	N. pazienti > 65 anni con frattura di femore degenti presso P.O. Ingrassia per i quali si effettua la valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo / N. pazienti > 65 anni con frattura di femore degenti nel PP.OO. Aziendali per i quali si è ricevuta richiesta di valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo	30	> 90%	7/7 100%	30
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute27 dicembre 2013. Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico	5.1	Realizzazione delle attività secondo Decreto ed eventuali successive indicazioni	30	Si (allegare relazione)	SI	30
6	Misurazione della qualità percepita	6.1	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	100%	100%	30
			totale peso	100			100

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



ALLEGATO 3

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 <u>organizzativo di diretta responsabilità</u>	0,00
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali, competenze professionali, manageriali e <u>tecnico scientifiche</u>	0,00
PUNTEGGIO AREA C) Competenze manageriali specifiche	0,00
TOTALE*	0,00

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

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

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

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 60/100

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

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

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

Punteggio area A

0,00	
-------------	--

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

AREA B - peso 25/100

Comportamenti generali					
b.1. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di programmare le attività dell'U.O. in funzione dei bisogni degli utenti e per la soddisfazione delle loro esigenze	1	2	3	4	5
b.2. PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' 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. FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o delle direttive aziendali	1	2	3	4	5
b.4. SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso una costante attività di aggiornamento e la condivisione delle conoscenze nel gruppo di lavoro	1	2	3	4	5
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. CAPACITA' DI INNOVAZIONE Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
b.7. AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta	1	2	3	4	5
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

Competenze manageriali specifiche					
c.1 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE Indica 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 valutazioni.	1	2	3	4	5
c.2 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Indica 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 LEADERSHIP Indica 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
Punteggio area C					0,00

Scheda di valutazione anno _____
Area Dirigenza
Dirigenti con incarico *professional* o di Responsabile UOS

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

Assegnazione degli obiettivi in data ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

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

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

PUNTEGGIO AREA A) Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito	0,00
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali, competenze professionali, manageriali	0,00
PUNTEGGIO AREA C) Qualità del contributo alla performance generale della struttura	0,00
TOTALE*	0,00

* La valutazione è positiva se il punteggio è superiore o uguale a 40

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

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

Timbro e firma del Responsabile UOS (solo per la Dirigenza Professional) _____

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 55/100

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

Descrizione degli obiettivi assegnati e definizione del valore atteso (indicare da 1 a max 3 obiettivi)	Peso obiettivo*	% ragg. obiettivo	Punteggio
a.1			0
a.2			0
a.3			0
Punteggio area A			0,00

(*) ATTENZIONE: il totale dei pesi degli obiettivi a.1, a.2 e a.3 deve essere uguale al peso area A

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 30/100

Comportamenti generali

	1	2	3	4	5
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					
b. 2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto degli impegni assunti.					
b.3 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o delle direttive aziendali					
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					
b.5 RELAZIONI CON I COLLEGHI Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'Unità Operativa					

Competenze professionali e manageriali

	1	2	3	4	5
b.6 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA Indica la capacità di costruire piani di lavoro integrati multi professionali, anche con le altre UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio.					
b.7 CAPACITA' DI INNOVAZIONE Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio.					
b.8 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta					
b.9 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE b. 9.1 Per i Responsabili U.O.S.:Capacità di individuare le specifiche competenze dei propri collaboratori, di valorizzarle attraverso l'attribuzione di specifici compiti e obiettivi, nonché di differenziare i giudizi ai fini delle valutazioni. b.9.2 Per la Dirigenza professionale:capacità di individuare e valorizzare le specifiche competenze dei propri collaboratori.					
b. 10 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Indica il grado di conoscenza delle linee strategiche aziendali e di partecipazione alla loro definizione attraverso contributi specifici					
b. 11 GESTIONE DELLE RELAZIONI INTERNE AL GRUPPO DI LAVORO Indica il grado di autorevolezza nel determinare un clima relazionale di collaborazione nell'U.O.					
b. 12 GESTIONE DEI CONFLITTI Indica la capacità di prevenire e gestire gli eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della struttura che con altre strutture					

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 15/100

Qualità del contributo alla performance generale della struttura					
c.1 CONTRIBUTO AL CICLO DELLA PERFORMANCE Indica il grado di responsabilità nella programmazione e gestione degli obiettivi annuali assegnati all'Unità Operativa	1	2	3	4	5
c. 2 CONTRIBUTI AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica il grado di partecipazione e coordinamento del processo di sviluppo e miglioramento delle attività dell'unità operativa	1	2	3	4	5
c. 3 CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio	1	2	3	4	5
Punteggio area C					0,00

"Allegato A"

Scheda di valutazione anno _____
Area Comparto

Nome e Cognome:	Matr.
Profilo Professionale/Qualifica	
Distretto/Dipartimento/Presidio :	
Unità Operativa Complessa:	
Unità Operativa Semplice:	

Assegnazione degli obiettivi in data ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

- dato atto dell'avvenuta assegnazione degli obiettivi individuali annuali a cascata e del monitoraggio in itinere degli stessi;

- tenuto conto dei comportamenti generali, delle competenze professionali e della qualità del contributo del valutato alla performance dell'U.O.;

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

PUNTEGGIO AREA A) Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo	0,00
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali e competenze professionali	0,00
PUNTEGGIO AREA C) Qualità del contributo alla performance dell'Unità Operativa	0,00
TOTALE*	0

* La valutazione è positiva se il punteggio è superiore o uguale a 21

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

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

Timbro e firma del Responsabile UOS _____

Timbro e firma del Direttore UOC/Macrostruttura _____

Firma del valutato _____

"Allegato A"

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

	1	2	3	4	5
b.1 COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI Indica la capacità di svolgere la propria attività con competenza ed efficienza in relazione alla propria qualifica professionale.					
b.2 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nell'affrontare e risolvere i problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nell'agire il proprio ruolo.					
b.3 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di formulare adeguate risposte e possibili soluzioni alle necessità e ai bisogni dell'utenza , programmando ed espletando la propria attività in funzione di quest'ultima					
b.4 RELAZIONE CON I COLLEGHI Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa.					
b.5 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto agli impegni assunti.					
b.6 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione o dei compiti .					
b.7 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso l'autoformazione e l'aggiornamento.					
b.8 RAPPORTO CON L'UTENZA Indica il grado di cortesia e disponibilità nella risposte ai bisogni degli utenti.					

Punteggio area B

0,00



"Allegato A"

AREA C - peso 20/100

Qualità del contributo alla performance dell'Unità Operativa					
c.1 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica il grado di partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento delle attività dell'unità operativa cui è assegnato	1	2	3	4	5
c.2 CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche messe in atto nella gestione delle attività di servizio	1	2	3	4	5
<i>Punteggio area C</i>				0,00	

