



# **Piano triennale della performance 2018-2020**

*Caro Cittadino, Utente*

*Siamo un'Azienda Sanitaria, è come tale lo scopo principale è quello di salvaguardare al meglio il tuo diritto alla salute. Questo è il nostro primo obiettivo, ma per far ciò dobbiamo anche rifarci alle normative vigenti, all'organizzazione della nostra Azienda, alle nostre risorse economiche ed anche alle nostre risorse umane.*

*Non possiamo negare che le risorse che abbiamo a disposizione sono sempre più esigue, mentre le esigenze che il nostro territorio in termini di salute chiede sono sempre più imponenti. Basti pensare anche alle nuove esigenze che si sono verificate in questi ultimi anni con il continuo flusso migratorio verso la nostra realtà.*

*Il presente Piano della Performance 2018-2020 nasce in un momento di grande trasformazione del Servizio Sanitario Regionale ed in particolare della nostra Azienda Sanitaria Provinciale. Il percorso riorganizzativo intrapreso all'indomani della pubblicazione del Decreto Assessoriale del 14/01/2015 "Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Siciliana" e delle successive norme e linee guida in materia di riorganizzazione del SSR, ha portato alla stesura di un nuovo Atto Aziendale approvato con delibera del DG n. 283 del 02/05/2017 adeguato al recente Decreto Assessoriale n.629 del 31/03/2017 di riordino della rete ospedaliera regionale.*

*Certamente, pur mantenendo e migliorando quando è possibile i servizi tradizionalmente assicurati dai nostri ospedali e dai presidi sanitari distribuiti nel nostro vasto territorio della provincia, si cerca costantemente di colmare le carenze che sempre vengono evidenziate dal sistema assistenziale.*

*Vengono privilegiati gli interventi di prevenzione in genere, di assistenza riabilitativa sia presso gli ospedali che sul territorio, di assistenza all'anziano con patologie multiple o particolari (Alzheimer), che ha a disposizione nuove residenze assistite e una più intensa assistenza domiciliare, di assistenza alla donna e al bambino, con particolare riguardo alla riduzione dei parti cesarei, di assistenza psichiatrica, di tempestività di particolari interventi (frattura femore >65, PTCA nei casi di IMA STEMI), di controllo della spesa farmaceutica. Tutto questo integrato dalla definizione di nuovi modelli di equità e trasparenza ed efficientamento amministrativo volti anche alla prevenzione della corruzione.*

*Le azioni più urgenti e gli obiettivi che il Sistema Sanitario Regionale e Noi ci proponiamo di raggiungere, sono quindi quelle di aumentare i risultati di salute rimuovendo, ove è possibile, le criticità e premiando i nostri operatori che si sono prodigati e a tal fine:*

- *implementare l'attività dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) in maniera che Tu possa trovare con immediatezza le risposte più soddisfacenti per le Tue necessità che non richiedano il ricorso ai Presidi Ospedalieri,*

- *sviluppare il dialogo già intrapreso con le parti sociali, con le associazioni che Ti rappresentano e con gli Operatori esterni che, segnalandoci le Tue esigenze di salute, contribuiscono a fornire adeguate risposte alle stesse e ad affinare integrazione e collaborazione,*
- *avvicinarsi alle Tue esigenze di salute e prevenzione portando i nostri operatori e strumentazione diagnostica nelle piazze di Palermo e nei Comuni della provincia con l'iniziativa "ASP in Piazza",*
- *implementare il servizio, già in funzione dal 2014, che consente agli utenti di evitare code agli sportelli tramite richieste/accessi via internet e denominato "Sportello Online", che attualmente offre: Servizio Richiesta di Prenotazione Online, Referti Online, Esenzione per Reddito Online, Cambio Medico Online e il recentissimo servizio SmarTurno per facilitare e velocizzare l'accesso degli utenti agli sportelli tramite un'app.*

*Per raggiungere questi scopi abbiamo coinvolto tutti gli operatori, dal più piccolo al più grande anello della nostra catena, per garantire standard assistenziali più diffusi e più efficienti, supportati dal continuo sviluppo del Sistema della Valutazione della Performance.*

*Non ci resta quindi che unirvi in uno sforzo comune, lavorando uniti allo scopo di migliorare, perché la Tua salute è la Salute di tutti noi ed averne cura è la nostra missione.*

*E' una sfida che accogliamo e che non abbiamo intenzione di sottovalutare.*

*Buon lavoro e buona salute a tutti.*

*Cordialmente,*

*Il Commissario  
Dr. Antonino Candela*

## INDICE

<b>PRESENTAZIONE DEL PIANO</b> .....	<b>5</b>
<b>➤ SEZIONE 1 – LA PRESENTAZIONE DELL’AMMINISTRAZIONE</b> .....	<b>6</b>
<b>1. IDENTITÀ</b> .....	<b>6</b>
<b>2. MISSIONE E PRINCIPALI ATTIVITA’</b> .....	<b>7</b>
<b>3. L’ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL’ASP DI PALERMO</b> .....	<b>9</b>
3.1. - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	9
3.2. - LE RISORSE UMANE .....	12
3.3. - LE RISORSE FINANZIARIE .....	18
<b>➤ SEZIONE 2 – LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE</b> .....	<b>20</b>
<b>4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO</b> .....	<b>20</b>
4.1. - POPOLAZIONE RESIDENTE NEL TERRITORIO DELL’ASP .....	20
4.2. - ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI ED EPIDEMIOLOGICI DI RIFERIMENTO .....	22
4.3. - LA POLITICA SANITARIA IN SICILIA .....	24
<b>5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO</b> .....	<b>31</b>
5.1 - ALCUNI ASPETTI PECULIARI .....	31
5.2 - ANALISI SWOT .....	37
<b>6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE)</b> .....	<b>39</b>
<b>7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI</b> .....	<b>41</b>
<b>8. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (LEGGE 6 NOVEMBRE 2012 N. 190 E S.M.I.)</b> .....	<b>46</b>
<b>9. SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (P.A.C.)</b> .....	<b>47</b>
<b>➤ SEZIONE 3 – LA PIANIFICAZIONE ANNUALE</b> .....	<b>48</b>
<b>10. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI</b> .....	<b>48</b>
<b>11. L’ALBERO DELLA PERFORMANCE</b> .....	<b>49</b>
<b>12. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE</b> .....	<b>57</b>
<b>➤ SEZIONE 4 – DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE</b> .....	<b>59</b>
<b>13. IL PERCORSO DI TRADUZIONE DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALL’INDIVIDUALE</b> .....	<b>59</b>
<b>ALLEGATO 1 - DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA (STRALCIO PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE ANNO 2016)</b> ..	<b>61</b>
<b>ALLEGATO 2 - I NUMERI DELL’ASP IN PIAZZA ANNI 2014 / 2017</b> .....	<b>67</b>
<b>ALLEGATO 3 - LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE</b> .....	<b>77</b>
<b>ALLEGATO 4 - GLI OBIETTIVI OPERATIVI E LE SCHEDE DI BUDGET ANNO 2018</b> .....	<b>87</b>

## PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il Piano della Performance dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo presenta l'organizzazione e la mappa degli obiettivi dell'ASP alla luce delle sue specificità istituzionali.

Il Piano, in cui sono descritte le caratteristiche salienti dell'Istituzione, costituisce uno strumento organizzativo-gestionale che sistematizza missione, obiettivi strategici, obiettivi operativi ed attività dell'Azienda.

Il documento è redatto coerentemente con i principi contenuti nel d.lgs. n. 150/2009, in conformità con le linee guida fornite dalla CIVIT e con le nuove "Linee guida per il Piano della performance – Ministeri" di giugno 2017, predisposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica, che tengono conto delle modifiche apportate al quadro normativo dal recente D.Lgs. n.74 del 25/05/2017.

Il Piano della Performance, previsto dall'art. 10 del D. L.vo n. 150/09 e s.m.i., è il documento programmatico triennale da adottare quale strumento coerente con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione in base agli obiettivi assegnati al personale dirigenziale.

Il presente piano aggiorna per il triennio 2018-2020 il precedente piano 2017-2019.

Scopo principale è quello di :

- individuare ed incorporare le attese dei portatori di interesse (Stakeholder);
- favorire una effettiva accountability e trasparenza;
- migliorare il coordinamento fra le diverse funzioni e strutture organizzative;
- rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;

Il Piano, conformemente ai principi sanciti dalla delibera n. 112/2010 della CIVIT, deve essere:

- immediatamente intelligibile anche per gli stakeholder esterni, per cui deve avere linguaggio e contenuti facilmente accessibili a chiunque;
- trasparente;
- garante della partecipazione degli stakeholder esterni;
- coerente all'interno dell'Azienda stessa e all'esterno ;
- verificabile e veritiero;
- orientato al triennio con aggiornamenti annuali.

Inoltre il Piano deve permettere il confronto negli anni del documento stesso e anche con la Relazione sulla Performance; costituisce infine parte integrante del ciclo di gestione della performance.

Il Piano della Performance deve essere diffuso tra gli utilizzatori, reso disponibile e di facile accesso anche via web.

Il Piano, pertanto, una volta adottata la relativa delibera di adozione e approvazione, è reso conoscibile e scaricabile on line dal sito aziendale, [www.asppalermo.org](http://www.asppalermo.org), pubblicato nell'apposita sezione "Trasparenza, valutazione e merito".

## ➤ SEZIONE 1 – LA PRESENTAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE

### 1. IDENTITÀ

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo nasce il 1° settembre del 2009, giusta legge regionale del 14 aprile 2009, n. 5 "Norme di riordino del Sistema Sanitario Regionale" ed è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia imprenditoriale.

L'ultimo "atto aziendale", che ne disciplina l'organizzazione e il funzionamento, è stato adottato con deliberazione n. 283 del 02/05/2017.

La sua sede legale è a Palermo, in via Giacomo Cusmano, n. 24.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili il cui possesso è stato trasferito all'atto della costituzione con L. R. n. 5/2009, nelle more dell'acquisizione della piena proprietà secondo le modalità di cui al D. Lgs. N. 502/92 e s.m.i..

Fanno altresì parte del patrimonio aziendale tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale. In atto ne svolge le funzioni come Commissario il Dr. Antonino Candela.

L'Azienda vanta una notevole estensione territoriale di circa 5.000 Km<sup>2</sup> suddivisi in 82 Comuni della provincia di Palermo oltre le isole di Lampedusa e Linosa, per una popolazione complessiva di n. 1.274.789 residenti al 01/01/2017, secondo i dati pubblicati dall'ISTAT.

## **2. MISSIONE E PRINCIPALI ATTIVITA'**

Il mandato istituzionale dell'ASP è quello di tutelare, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, lo stato di Salute della Collettività e dei Cittadini, assicurando alla popolazione del proprio territorio l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali ed appropriate (Livelli Essenziali di Assistenza), lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi delle persone, l'equità delle prestazioni, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

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

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

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

- agire in coerenza con le leggi nazionali e gli atti di indirizzo ministeriali in materia sanitaria;
- agire in coerenza con la programmazione regionale e/o con gli atti di indirizzo e coordinamento generali emanati dalla Regione Siciliana e nel rispetto dei principi di informazione, concertazione e consultazione previsti dai contratti collettivi di lavoro sanità e dagli accordi collettivi di categoria;
- definire in modo chiaro, condiviso, adeguato ed efficiente gli assetti organizzativi, le responsabilità e i relativi contenuti anche alla luce della legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale" e s.m.i.;

- gestire le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità favorendo la partecipazione degli operatori sanitari e delle persone nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- concorrere, in collaborazione con altri soggetti, istituzionali e no, per la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento;
- definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi previo un continuo monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio e degli utenti;
- modellare la propria attività a criteri di appropriatezza clinica e organizzativa;
- favorire la gestione integrata di attività socio-sanitarie attraverso reti di servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di patologie croniche;
- definire e sviluppare interventi e programmi per la riduzione del rischio clinico;
- promuovere lo sviluppo permanente di attività di formazione e di ricerca, integrate con gli interventi per la promozione della salute, indispensabili per garantire la costante innovazione del sistema.



### 3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI PALERMO

#### 3.1. - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'ASP di Palermo all'inizio del 2018 risulta ancora quella dell'Atto Aziendale che, approvato con Decreto n. 2545 del 19 ottobre 2010, è stato adottato con Deliberazione n° 840 del 3 novembre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni. Nel corso del 2016 si è comunque proceduto ad attivare le strutture amministrative previste nel nuovo Atto Aziendale approvato con delibera del DG n. 189 del 17/03/2016 e successiva modifica n. 283 del 02/05/2017, e che sarà efficace per la parte sanitaria dopo la definizione del progetto di riordino della rete ospedaliera da parte del nuovo Governo Regionale e il conseguente sblocco delle assunzioni.

L'organizzazione dell'ASP è assicurata da numerose "macrostrutture" direttamente gestite, rappresentate dai Dipartimenti, dai Distretti Sanitari e dai Distretti Ospedalieri articolati in Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici. L'organizzazione prevede macrostrutture sia territoriali che ospedaliere; per quanto riguarda quelle territoriali sono rappresentate dai 10 Distretti Sanitari dal n. 33 al n. 42; per l'area ospedaliera, sono rappresentate dai Distretti Ospedalieri PA1, PA2 e PA3; inoltre, per il raggiungimento della propria *mission*, l'Azienda ha attuato il modello di gestione operativa Dipartimentale articolato in 14 Dipartimenti (strutturali, funzionali, sanitari, amministrativi), come da tabelle di seguito riportate:

#### Strutture organizzative ASP di Palermo – Lo Staff e i Dipartimenti sanitari

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
	Direzione Generale - Staff	6	18
<b>Dipartimenti funzionali (mancano i Direttori di Dipartimento)</b>			
	Dipartimento della Programmazione e organizzazione delle Attività Territoriali e dell'Integrazione Socio-sanitaria	3	23
	Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere	2	
	Dipartimento di Medicina Riabilitativa	1	
<b>Dipartimenti strutturali</b>			
	Dipartimento di Prevenzione	7	162
	Dipartimento di Prevenzione Veterinario	4	
	Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	11	
	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino	7	
	Dipartimento Farmaceutico	5	
	Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio.	5	
	Dipartimento di Diagnostica per Immagini	3	
	Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore.	3	

### Strutture organizzative ASP di Palermo – I Distretti Sanitari e i P.T.A.

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
<b>Area Territoriale e Distretti Sanitari</b>			
	Distretto Sanitario n. 33 - Cefalù	<b>1</b>	<b>71</b>
	Distretto Sanitario n. 34 - Carini	<b>1</b>	
	Distretto Sanitario n. 35 – Petralia Sottana - <b>P.T.A. Petralia Sottana</b>	<b>1</b>	
	Distretto Sanitario n. 36 - Misilmeri	<b>1</b>	
	Distretto Sanitario n. 37 – Termini Imerese	<b>1</b>	
	Distretto Sanitario n. 38 – Lercara Friddi - <b>P.T.A. Lercara Friddi -Palazzo Adriano</b>	<b>1</b>	
	Distretto Sanitario n. 39 – Bagheria - <b>P.T.A. Bagheria</b>	<b>1</b>	
	Distretto Sanitario n. 40 – Corleone - <b>PTA Corleone</b>	<b>1</b>	
	Distretto Sanitario n. 41 – Partinico	<b>1</b>	
	Distretto Sanitario n. 42 – Palermo - <b>P.T.A. "Biondo"</b> (UOC) - <b>P.T.A. "Casa del Sole"</b> (UOC) - <b>P.T.A. "E. Albanese"</b> (UOC) - <b>P.T.A. "Guadagna"</b> (UOC)	<b>5</b>	

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

### Strutture organizzative ASP di Palermo – La rete ospedaliera

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
<b>Rete Ospedaliera e Distretti Ospedalieri</b>			
	<b>Distretto Ospedaliero n. 1:</b> - Presidi Ospedalieri Integrati “Civico” di Partinico e “dei Bianchi” di Corleone.	<b>7</b> (+ 5 afferenti a Dipartimenti strutturali)	<b>27</b>
	<b>Distretto Ospedaliero n. 2:</b> - Presidi Ospedalieri Integrati “S. Cimino” di Termini Imerese e “Madonna SS. Dell’Alto” di Petralia	<b>6</b> (+ 5 afferenti a Dipartimenti strutturali)	
	<b>Distretto Ospedaliero n. 3</b> - Presidio Ospedaliero “G.F. Ingrassia” di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione “Villa delle Ginestre”	<b>8</b> (+ 6 afferenti a Dipartimenti strutturali)	

### Strutture organizzative ASP di Palermo – I Dipartimenti Amministrativi

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
<b>Dipartimenti Amministrativi</b>			
	Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali	<b>4</b>	<b>16</b>
	Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale. Provveditorato e Tecnico	<b>6</b>	

### 3.2 - 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: ruolo sanitario, amministrativo, tecnico e professionali 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'01/01/2017 è di **4.176** unità ed è distribuito per aree nei diversi ruoli: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

La tabella che segue, in sintesi, rappresenta la distribuzione del personale dell'Azienda:

#### PERSONALE al 1.1.2017

Descrizione	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
<b>Assistenza ospedaliera</b>	<b>632</b>	<b>134</b>	<b>76</b>		<b>842</b>
<b>Assistenza territoriale</b>	<b>1195</b>	<b>269</b>	<b>222</b>		<b>1686</b>
- Distretti sanitari	650	109	211		970
- Dipartimento Salute Mentale	545	160	11		716
<b>Dipartim. Prevenzione Medico</b>	<b>254</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>307</b>
<b>Dipartim. Prevenzione Veterinario</b>	<b>104</b>	<b>6</b>	<b>25</b>		<b>135</b>
<b>Strutture centrali</b>	<b>792</b>	<b>187</b>	<b>217</b>	<b>10</b>	<b>1205</b>
<b>Totale</b>	<b>2977</b>	<b>616</b>	<b>569</b>	<b>14</b>	<b>4176</b>

n.b.: i Presidi Ospedalieri e i Distretti Sanitari non comprendono il personale delle strutture afferenti ai Dipartimenti strutturali che sono inclusi alla voce "Strutture centrali"

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				
RUOLO	Fascia	Area	Personale	N°
Amministrativo	Comparto			556
	Dirigenza			13
Professionale	Comparto			
	Dirigenza			14
Sanitario	Comparto		Riabilitazione	122
			Vigilanza ed ispezione	119
			Infermieristico	1308
			Tecnico-sanitario	145
	Dirigenza	Medica		1093
		Non medica		190
Tecnico	Comparto			599
	Dirigenza			17
<b>Totale</b>				<b>4176</b>
Comparto				2849
Dirigenza		Medica		1093
		SPTA		234
<b>Totale</b>				<b>4176</b>

Da tale tabella si evidenzia che la Dirigenza è costituita da n. **1.327** unità, pari al **31,8 %** del personale di ruolo, mentre la restante parte del personale, rappresentata dal Comparto, è composta da n. **2.849** unità, pari al **68,2%**.

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

- **Dirigenti Medici** : n. 1.093 unità ( pari all' 82,4 % della Dirigenza)
- **Dirigenti non Medici** : n. 234 unità ( pari al 17,6 % della Dirigenza)

Il personale, escluse le n. 111 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	18	7	5		30

<b>Distretto Ospedaliero PA 1</b>	Civico - Partinico	137	28	16		181
	Dei Bianchi - Corleone	59	15	11		85

<b>Distretto Ospedaliero PA 2</b>	S. Cimino - Termini Imerese	109	25	14		148
	Madonna dell'Alto - Petralia	62	4	9		75

<b>Distretto Ospedaliero PA 3</b>	Ingrassia - Palermo	189	32	16		237
	Villa delle Ginestre - Palermo	58	23	5		86

<b>Totale</b>	<b>632</b>	<b>134</b>	<b>76</b>		<b>842</b>
---------------	------------	------------	-----------	--	------------

**PERSONALE DEI DISTRETTI SANITARI**

Distretto Sanitario	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
33 Cefalù	22	2	12		36
34 Carini	34	5	12		51
35 Petralia	26	2	4		32
36 Misilmeri	22	4	11		43
37 Termini Imerese	28	4	11		43
38 Lercara Friddi	61	7	20		88
39 Bagheria	40	13	23		76
40 Corleone	19	2	12		33
41 Partinico	27	2	11		40
42 Palermo	371	68	95		534
<b>Totale</b>	<b>650</b>	<b>109</b>	<b>211</b>		<b>970</b>

**PERSONALE DEI DIPARTIMENTI**

	<b>Ruolo sanitario</b>	<b>Ruolo tecnico</b>	<b>Ruolo ammin.</b>	<b>Ruolo profess.</b>	<b>Totale</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO PREVENZIONE	254	20	29	4	<b>307</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIO	104	6	25		<b>135</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE e NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	545	160	11		<b>716</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	321	36	4		<b>361</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	33	10	9		<b>52</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI E DELL' INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	22	5	17		<b>44</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO DELLE ATTIVITA' OSPEDALIERE	22	1	7		<b>30</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO DI MEDICINA RIABILITATIVA	39	2	9		<b>50</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	98	7	1		<b>106</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	92	1	1		<b>94</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO DI ANESTESIA, TERAPIE INTENSIVE E TERAPIE DEL DOLORE	108	7			<b>115</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI		9	65		<b>74</b>
<b>Personale del</b> DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO- FINANZIARIO, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO	2	99	64	4	<b>169</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1640</b>	<b>363</b>	<b>242</b>	<b>8</b>	<b>2253</b>

Nella tabella sottostante si riporta una sintesi delle precedenti tabelle, evidenziando la situazione in atto del personale di ruolo, rispetto alla situazione prevista in Pianta Organica , approvata con delibera n. 459 del 15/06/2016 e s.m.i

<b>RUOLO</b>	<b>Fascia</b>	<b>Personale in servizio</b>	<b>Pianta organica (Delibera 459 del 15/06/2016 e s.m.i.)</b>	<b>Differenza</b>
<b>Amministrativo</b>	Comparto	556	601	45
	Dirigenza	13	25	12
<b>Professionale</b>	Comparto		9	9
	Dirigenza	14	20	6
<b>Sanitario</b>	Comparto	1694	1892	198
	Dirigenza	1283	1559	276
<b>Tecnico</b>	Comparto	599	764	165
	Dirigenza	17	20	3
	<b>Totale</b>	<b>4176</b>	<b>4890</b>	<b>714</b>

L'Azienda dispone inoltre di:

- n. 653 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.

**RISORSE UMANE: ulteriori analisi quali/quantitative**

<b>ANALISI CARATTERI QUALI/QUANTITATIVI</b>	
età media del personale	<b>52,81</b>
età media dei dirigenti	<b>55,46</b>
tasso di crescita unità di personale	<b>- 0,01%</b>
% dipendenti in possesso di laurea	<b>47,55%</b>
% dirigenti in possesso di laurea	<b>100,00%</b>
turnover del personale	<b>-0,0097%</b>
<b>ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO</b>	
tasso di assenze	<b>22,00%</b>
% personale assunto a tempo indeterminato	<b>83,29%</b>
<b>ANALISI DI GENERE</b>	
% di dirigenti donne	<b>44,27%</b>
% di donne rispetto al totale del personale	<b>51,17%</b>
% personale donna assunto a tempo determinato	<b>21,75%</b>
età media del personale femminile	<b>51,95</b>
età media dei dirigenti donne	<b>54,30</b>
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	<b>47,11%</b>

### 3.3 - LE RISORSE FINANZIARIE

L'Azienda, per poter svolgere le proprie funzioni e per il compimento della propria "missione" dispone di risorse finanziarie ed economiche, 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.

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

Si evidenziano di seguito le voci del bilancio preventivo 2017 riportate nello schema ministeriale ex DM 11/02/2002 (modello CE).

<i>BILANCIO PREVENTIVO 2017 - Schema ministeriale ex DM 11/2/2002 (Valori in migliaia di Euro)</i>		<b>Preventivo 2017</b>
<b>A</b>	<b>Valore della Produzione</b>	
1	<i>contributi in c/esercizio</i>	1.839.465
2	<i>Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti</i>	-26.100
3	<i>Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti</i>	4.046
4	<i>Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</i>	65.603
5	<i>Concorsi, recuperi e rimborsi</i>	24.312
6	<i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)</i>	4.687
7	<i>Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio</i>	16.665
8	<i>Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni</i>	0
9	<i>Altri ricavi e proventi</i>	4.761
	<b>Totale (A)</b>	<b>1.933.439</b>
<b>B</b>	<b>Costi della Produzione</b>	
1	<i>acquisti di beni</i>	103.535
2	<i>acquisti di servizi</i>	1.472.957
3	<i>Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</i>	12.930
4	<i>godimento di beni di terzi</i>	4.408
5	<i>Personale del ruolo sanitario</i>	226.388
6	<i>Personale del ruolo professionale</i>	1.722
7	<i>personale del ruolo tecnico</i>	24.512
8	<i>personale del ruolo amministrativo</i>	40.856
9	<i>oneri diversi di gestione</i>	4.171
10-13	<i>Totali ammortamenti</i>	27.307
14	<i>svalutazione crediti</i>	0
15	<i>variazione delle rimanenze</i>	-844
16	<i>accantonamenti dell'esercizio</i>	5.534
	<b>Totale (B)</b>	<b>1.909.855</b>

<b>C</b>	<b>Proventi e oneri finanziari</b>	
1	interessi attivi	52
2	altri proventi	0
3	interessi passivi	5
4	altri oneri	0
	<b>Totale (C)</b>	<b>47</b>
<b>D</b>	<b>Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>	
1	rivalutazioni	0
2	Svalutazioni <sup>1</sup>	0
	<b>Totale (D)</b>	<b>0</b>
<b>E</b>	<b>Proventi e oneri straordinari</b>	
1	Proventi straordinari	2.094
2	Oneri straordinari	1.146
	<b>Totale (E)</b>	<b>948</b>
	<b>Risultato prima delle imposte (A-B+/-C+/-D+/-E)</b>	<b>24.579</b>
	Imposte e tasse	24.568
	<b>Utile o (perdita) dell'esercizio</b>	<b>11</b>

➤ SEZIONE 2 – LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE

4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

4.1. - POPOLAZIONE RESIDENTE NEL TERRITORIO DELL'ASP

La popolazione residente che fa capo all'ASP di Palermo è complessivamente pari a 1.274.789 (dato Istat 1.1.2017) di cui 6.572 residenti nelle isole Pelagie di Lampedusa e Linosa e la rimanente parte pari a 1.268.217 tutta popolazione residente a Palermo e Provincia, distribuita in 82 Comuni e 10 Distretti Sanitari .

POPOLAZIONE AL 01/01/2017 (Fonte: dati ISTAT)

Comuni	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine	Comuni	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
Alia	1.707	1.874	3.581	Isnello	741	784	1.525
Alimena	923	1.055	1.978	Isola d.Femmine	3.660	6.625	7.285
Aliminusa	620	595	1.215	Lascari	1.739	1.872	3.611
Altavilla Milicia	4.146	4.139	8.285	Lercara Friddi	3.220	3.609	6.829
Altofonte	5.031	5.206	10.237	Marineo	3.233	3.355	6.588
Bagheria	26.950	28.423	55.373	Mezzojuso	1.433	1.475	2.908
Balestrate	3.11	3.324	6.435	Misilmeri	14.486	14.797	29.283
Baucina	987	988	1.975	Monreale	19.296	19.891	39.187
Belm. Mezzagno	5.561	5.692	11.253	Montelepre	3.006	3.207	6.213
Bisacquino	2.212	2.348	4.560	Montem. Belsito	1.575	1.739	3.314
Bolognetta	2.061	2.097	4.158	Palazzo Adriano	1.008	1.108	2.116
Bompietro	628	726	1.354	Palermo	322.120	351.615	673.735
Borgetto	3.726	3.708	7.434	Partinico	15.746	16.101	31.847
Caccamo	4.053	4.130	8.183	Petralia Soprana	1.637	1.671	3.308
Caltavuturo	1.938	2.048	3.986	Petralia Sottana	1.300	1.466	2.766
Campof. di Fitalia	250	264	514	Piana Albanesi	3.184	3.035	6.219
Campof.di Roccella	3.693	3.818	7.511	Polizzi Generosa	1.584	1.750	3.334
Campofiorito	650	643	1.293	Pollina	1.469	1.509	2.978
Camporeale	1.631	1.663	3.294	Prizzi	2.319	2.469	4.788
Capaci	5.641	5.841	11.482	Roccamena	725	768	1.493
Carini	19.197	19.430	38.627	Roccapalumba	1.187	1.279	2.466
Castelbuono	4.324	4.519	8.843	San Cipirello	2.594	2.759	5.353
Casteldaccia	5.721	5.920	11.641	S. Giuseppe Jato	4.243	4.410	8.653
Castellana Sicula	1.578	1.761	3.339	S.Mauro Castelverde	818	825	1.643
CastroNovo Sicilia	1.467	1.586	3.053	Santa Cristina Gela	513	498	1.011
Cefalà Diana	497	531	1.028	Santa Flavia	5.509	5.729	11.238
Cefalù	6.976	7.334	14.310	Sciara	1.400	1.410	2.810
Cerda	2.564	2.671	5.235	Sclafani Bagni	207	223	430
Chiusa Sclafani	1.308	1.458	2.776	Termini Imerese	12.727	13.417	26.144
Ciminna	1.804	1.933	3.737	Terrasini	6.124	6.299	12.423
Cinisi	6.160	6.278	12.438	Torretta	2.120	2.208	4.328
Collesano	1.948	2.082	4.030	Trabia	5.325	5.156	10.481
Contessa Entellina	856	888	1.744	Trappeto	1.570	1.614	3.184
Corleone	5.464	5.694	11.158	Ustica	658	650	1.308
Ficarazzi	6.399	6.679	13.078	Valledolmo	1.680	1.872	3.552
Gangi	3.238	3.498	6.736	Ventimiglia di Sicilia	945	980	1.925
Geraci Siculo	921	950	1.871	Vicari	1.288	1.410	2.698
Giardinello	1.163	1.152	2.315	Villabate	9.898	10.314	20.212
Giuliana	958	946	1.904	Villafraati	1.644	1.696	3.340
Godrano	581	593	1.174	Scillato	288	324	612
Gratteri	446	494	940	Blufi	484	527	1.011
					<b>613.792</b>	<b>654.425</b>	<b>1.268.217</b>

**Distribuzione della Popolazione residente al 01/01/2017 per Comuni/Distretti (FONTE: DATI ISTAT)**

<b>Distretto 33</b>	Campofelice di Roccella	Castelbuono	Cefalù	Colle-sano	Gratteri	Isnello	Lascari	Pollina	San Mauro Castelverde	<b>Totale</b>
	7.511	8.843	14.310	4.030	940	1.525	3.611	2.978	1.643	45.391

<b>Distretto 34</b>	Capaci	Carini	Cinisi	Isola delle Femm.	Terrasini	Torretta	<b>Totale</b>
	11.482	38.627	12.438	7.285	12.423	4.328	86.583

<b>Distretto 35</b>	Castellana Sicula	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Gangi	Geraci Siculo	Alimena	Blufi	Bompietro	Polizzi Generosa	<b>Totale</b>
	3.339	3.308	2.766	6.736	1.871	1.978	1.011	1.354	3.334	25.697

<b>Distretto 36</b>	Baucina	Bolognetta	Campofelice di Fitalia	Cefalà Diana	Ciminna	Godrano	Marineo	Mezzojuso	Misilmeri	Ventimiglia di Sicilia	Villafraati	<b>Totale</b>
	1.975	4.158	514	1.028	3.737	1.174	6.588	2.908	29.283	1.925	3.340	56.630

<b>Distretto 37</b>	Aliminusa	Caccamo	Caltavuturo	Cerda	Montemaggiore Bels.	Sciara	Scillato	Sclafani Bagni	Termini Imerese	Trabia	<b>Totale</b>
	1.215	8.183	3.986	5.235	3.314	2.810	612	430	26.144	10.481	62.410

<b>Distretto 38</b>	Alia	Castronovo di Sicilia	Lercara Friddi	Palazzo Adriano	Prizzi	Roccapietra	Valledolmo	Vicari	<b>Totale</b>
	3.581	3.053	6.829	2.116	4.788	2.466	3.552	2.698	29.083

<b>Distretto 39</b>	Altavilla Milicia	Bagheria	Casteldaccia	Ficarazzi	Santa Flavia	<b>Totale</b>
	8.285	55.373	11.641	13.078	11.238	99.615

<b>Distretto 40</b>	Bisacchino	Campoflorio	Chiusa Sclafani	Contessa Entellina	Corleone	Giuliana	Roccamena	<b>Totale</b>
	4.560	1.293	2.766	1.744	11.158	1.904	1.493	24.918

<b>Distretto 41</b>	Balestrate	Borgetto	Campo- reale	Giardinello	Montelepre	Partinico	San Cipirello	San Giuseppe Jato	<b>Totale</b>
	6.435	7.434	3.294	2.315	6.213	31.847	5.353	8.653	71.544

<b>Distretto 42</b>	Palermo	Altofonte	Belmonte Mezzagno	Monreale	Piana degli Albanesi	Santa Cristina Gela	Trappeto	Ustica	Villabate	Lampedusa e Linosà	<b>Totale</b>
	673.735	10.237	11.253	39.187	6.219	1.011	3.184	1.308	20.212	6.572	772.918

#### 4.2. - ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI ED EPIDEMIOLOGICI DI RIFERIMENTO

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.

Nell'indagine EURISPES Sicilia presentata il 16 maggio 2017 viene fuori una fotografia del Paese quanto mai nitida: una frammentazione sociale che rende ostili e distanti tra loro le aree geografiche e le fasce generazionali e che produce divisioni anche all'interno dei ceti produttivi, le conseguenze di una crisi economica che ha prodotto non solo impoverimento e disoccupazione ma anche una progressiva delegittimazione della politica e quindi delle istituzioni, ritenute inadeguate di fronte alla complessità di fenomeni sociali, dinamiche economiche e cambiamento epocali.

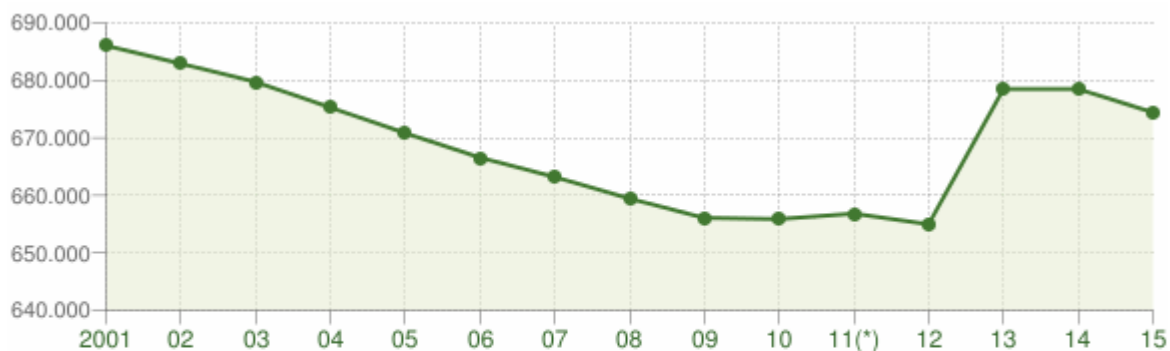
Le rilevazioni e le analisi dell'Eurispes sul Mezzogiorno fanno emergere per il 2017 una particolare condizione di disagio economico soprattutto in Sardegna e in Sicilia e, allo stesso tempo, il perdurare, seppure con intensità minore, del gap delle altre regioni del Sud rispetto al resto dell'Italia. Sono infatti gli abitanti delle Isole a ritenere la situazione economica dell'Italia gravemente peggiorata nel 33,9% dei casi. Segue il dato delle altre regioni del Sud (26,4%) e, successivamente, con valori inferiori, le altre aree geografiche (Nord e Centro). Nelle Isole, in particolare, oltre cinque famiglie su dieci (il 54%) hanno visto diminuire nel corso dell'ultimo anno il proprio potere d'acquisto, ossia la capacità di far fronte alle spese e fare acquisti per mezzo delle proprie entrate. Nel Sud e nelle Isole, più che nelle altre aree regionali, si trova il numero più elevato di cittadini costretti ad utilizzare i propri risparmi per arrivare a fine mese, rispettivamente 59,6% e 44,9%. Sempre in Sicilia e in Sardegna 4 persone su 10 non riescono a sostenere il costo delle spese mediche né a saldare le rate del mutuo per la propria casa. Non a caso il 33,6% di chi vive al Sud e il 19,7% nelle Isole si sente povero. Inoltre, quando viene chiesto se si è a conoscenza nella propria cerchia familiare o amicale di persone che

vivono in stato di indigenza, le percentuali più alte di risposta affermativa continuano a concentrarsi nelle aree meridionali e insulari, al Sud e nelle Isole, dove il 37% e il 26,7%, affermano di conoscere molte persone povere, il 39,6%, e il 40,2%, dichiarano di conoscerne alcune e il 19,1%, e il 24,4% poche; mentre si attestano a quota 4,3% e 8,7% le percentuali di coloro che invece non ne conoscono nessuna. Circa la metà degli abitanti delle Isole conoscono persone che devono rivolgersi alla Caritas, che non possono permettersi un posto dove vivere, non hanno la possibilità di curarsi né di mantenere i propri figli o farli studiare. Otto persone su dieci indicano la perdita del posto di lavoro come causa di questo impoverimento. Il 25,5% di chi vive nelle regioni del Sud e il 12,6% di quanti abitano in Sicilia o Sardegna riferiscono di conoscere persone che sono state costrette a rivolgersi ad un usuraio. Tra le strategie adottate per far fronte alle difficili condizioni economiche soprattutto al Sud (31,5%) e nelle Isole (26%) si è chiesto aiuto e sostegno alle famiglie di origine e non è mancato chi è dovuto tornare a vivere con i propri genitori o con i suoceri per necessità (14,2% nelle Isole; 11,1% al Sud). Sul piano dell'assistenza sanitaria, le testimonianze degli intervistati delineano un'Italia divisa addirittura in tre: al Nord, nonostante i casi problematici, prevale un servizio accettabile, il Centro si colloca in una posizione intermedia, nel Mezzogiorno i disagi sono estremamente frequenti. Le lunghe attese per visite ed esami sono comuni in tutto il Paese, ma se al Nord-Ovest le ha sperimentate il 49,8%, la quota tocca punte del 93,2% al Sud, e del 90% circa nelle Isole. Per gli interventi chirurgici, le attese sono state sperimentate da meno della metà dei residenti di Centro e Nord-Ovest, ma da oltre il 66% al Sud e nelle Isole. Netto il divario relativo alle condizioni delle strutture sanitarie. Le definisce fatiscenti il 18% al Nord-Ovest, il 34,5% al Nord-Est, il 46,6% al Centro, il 60% al Sud, il 69,3% nelle Isole. Una tendenza analoga è stata registrata nelle indicazioni relative a strutture igienicamente non adeguate. Gli errori medici, sperimentati al massimo nel 30% dei casi al Centro-Nord, vengono citati dal 55,3% dei residenti al Sud e dal 40,9% di chi abita nelle Isole. La peggiore offerta di servizi sanitari nelle aree del Mezzogiorno coinvolge anche la disponibilità del personale medico ed infermieristico, insoddisfacente per oltre la metà dei residenti.

Una specifica richiesta di servizi sanitari è data dalla sempre più massiccia presenza di persone provenienti dai Paesi con problematiche di guerre, di difficoltà produttive, di carenza igienico-sanitarie.

Dal punto di vista epidemiologico, le prime due cause di morte 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.

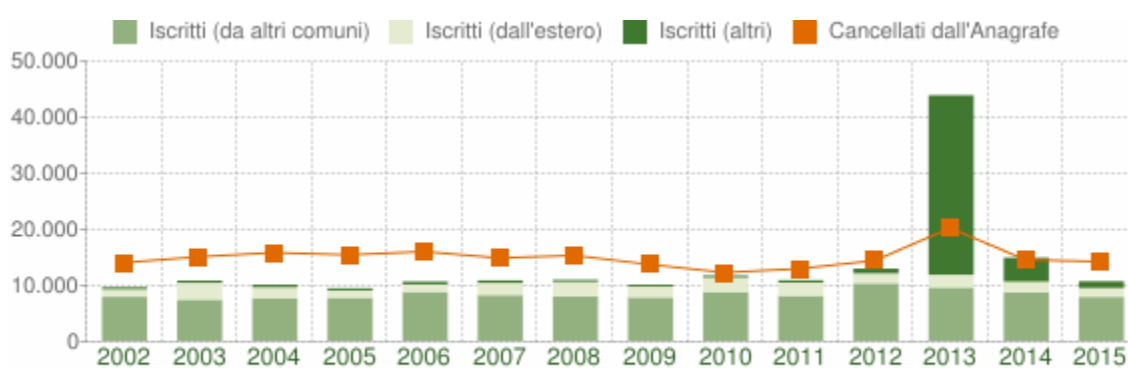
Una descrizione più dettagliata del contesto socio-demografico e delle cause di morte è riportata nel Piano Aziendale Prevenzione 2016 (adottato con delibera n.489 del 30/06/2016), di cui si riporta lo stralcio in **allegato 1** a presente documento.



Andamento della popolazione residente

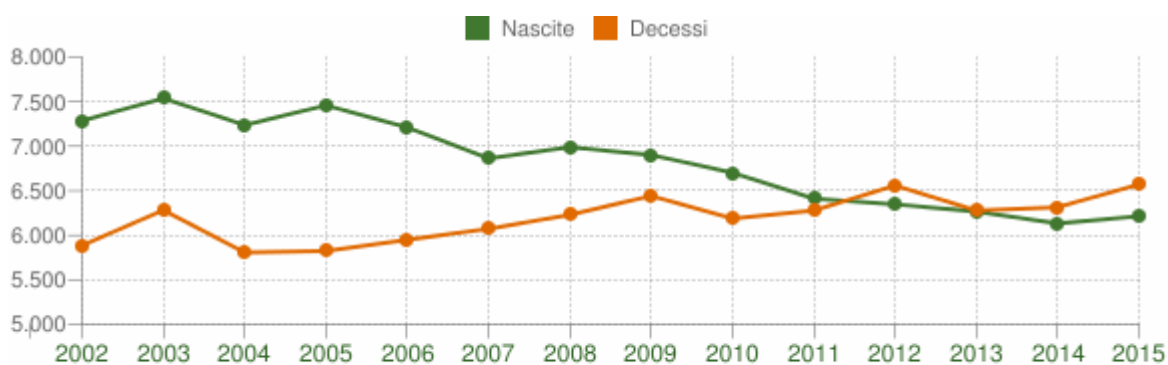
COMUNE DI PALERMO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(\*) 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

#### 4.3. - LA POLITICA SANITARIA IN SICILIA

Per rispondere alle crescenti e mutate esigenze epidemiologiche della popolazione, dovendo comunque sottostare ai vincoli economici imposti – anche a causa del disavanzo maturato dalla Regione nei decenni precedenti – la Regione Siciliana ha intrapreso negli ultimi anni un percorso virtuoso di cambiamento e di



risanamento, in coerenza con il variare del contesto normativo nazionale, puntualmente affiancato e verificato dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Il rinnovamento del Sistema Salute della Regione Siciliana ha le proprie fondamenta negli strumenti di legge e di programmazione:

- Il Piano di rientro 2007-2009;
- La Legge 5 del /2009;
- Il Piano sanitario regionale – “Piano della salute 2011-2013”;
- Il Programma operativo 2010-2012;
- Il Programma operativo di consolidamento e sviluppo (POCS) 2013-2015;
- Il Programma operativo di consolidamento e sviluppo (POCS) 2016-2018;
- I Comitati Consultivi Aziendali;
- Il Sistema obiettivi dei Direttori Generali della Aziende Sanitarie.

#### Il Piano di Rientro

A partire dal disavanzo economico di oltre 800 milioni di euro, è stato sottoscritto con i Ministeri, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 311/2004 e s.m.i., il Piano di Rientro 2007 – 2009.

Tale accordo, introduceva misure orientate alla riduzione dei costi e alla razionalizzazione delle risorse, ponendo contemporaneamente le basi per una rinnovata programmazione in termini di offerta di salute, intervenendo sugli aspetti organizzativi e gestionali.

#### La Legge 5 del /2009

La Sicilia, nelle fasi conclusive del Piano di rientro, si è dotata della legge di Riforma Sanitaria, l.r.5/2009, per rivedere l'assetto organizzativo del sistema, riequilibrando l'offerta tra la rete ospedaliera e il territorio, aggiustando le modalità di programmazione e introducendo sistemi di governo e di controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse.

La legge di Riforma, si articola infatti lungo alcune principali linee di intervento tra cui il progressivo spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata attraverso l'accorpamento e la rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati; il potenziamento dei servizi e dei posti letto destinati alle attività di riabilitazione, lungo-degenza e post-acuzie; l'introduzione di un sistema di assegnazione delle risorse commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell'operato delle aziende; l'attuazione del principio della responsabilità attraverso un sistema di controlli e verifiche che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell'informatizzazione dei flussi; una sinergia virtuosa tra l'attribuzione degli obiettivi, l'assegnazione delle risorse e una puntuale verifica dei risultati.

#### Il Piano sanitario regionale – “Piano della salute 2011-2013”

Come previsto dalla legge. r. 5/2009, all'art. 3, la Regione, nel 2011, si è dotata del nuovo Piano sanitario, strumento fondamentale per riprogrammare l'offerta di Salute, nel rispetto dei LEA.

Il Piano della salute, incentrandosi su alcuni principi di fondo della legge 5/2009, quali l'universalità, il rispetto della libertà di scelta, il pluralismo erogativo e l'equità di accesso a tutti i percorsi di cura per tutti i cittadini, pone l'accento sul recupero dell'appropriatezza e il controllo degli sprechi. Il nuovo Piano colloca il cittadino al centro del sistema assistenziale, diversificando le risposte coerentemente con gli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale.

Il Piano mira, da un lato, alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, con la realizzazione di un sistema di assistenza che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, l'assistenza post-ricovero, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure; dall'altro, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

E' proprio il Piano della Salute che introduce il nuovo modello organizzativo secondo le Reti HUB e SPOKE, quale elemento di innovazione e riqualificazione dell'assistenza che offre ai cittadini utenti un'assistenza capillare e diffusa su tutto il territorio e gli operatori della sanità la possibilità di interagire tra di loro e di condividere obiettivi e progetti collettivi assicurando in maniera integrata la continuità dell'assistenza.

Infatti, attraverso le Reti possono essere offerte risposte alle esigenze di superamento della compartimentazione da cui scaturisce uno degli aspetti più critici dell'assistenza sanitaria, e cioè la frammentarietà.

Il piano ha anche previsto la creazione di un punto unico per bacino territoriale di accesso alla rete dei servizi territoriali, che sia in grado di offrire non solo l'accompagnamento del paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete stessa e la semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni, ma anche una risposta globale che includa la valutazione multidisciplinare dei bisogni e la formulazione di un piano personalizzato di assistenza.

Gli elementi innovativi del Piano sanitario regionale, conformati agli indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale, rappresentano la risposta coraggiosa e coerente per un accettabile riequilibrio tra l'universo dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini e le risorse disponibili intendendo, così, sostenere una sanità non considerabile solo come un costo, ma soprattutto come un investimento diretto al miglioramento della qualità della vita delle persone, a beneficio di tutta la società.

Con il Piano, la Regione assume inoltre l'impegno di accompagnare gli interventi mirati al perseguimento degli obiettivi di salute, attraverso una puntuale verifica e validazione dei risultati via via conseguiti, sia in termini di efficienza ed efficacia che di compatibilità economica.

Il Piano Sanitario prevede che le azioni infatti vengano misurate attraverso sistemi di AUDIT e i Piani Attuativi Aziendali, inserendo questi ultimi negli obiettivi dei Direttori Generali.

Esso rappresenta infatti lo strumento attraverso il quale fornire ai Direttori Generali delle aziende sanitarie del SSR sufficienti elementi per programmare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria secondo obiettivi, criteri, parametri e modelli che consentano una rimodulazione dei rispettivi ambiti gestionali ed organizzativi,

puntando alla riqualificazione della rete dell'offerta a partire dal potenziamento del territorio, alla riorganizzazione degli ospedali e all'avvio dell'assistenza sociosanitaria in forma integrata, quale nuova modalità operativa da porre a sistema.

#### Il Programma operativo 2010-2012

Concluso il triennio del Piano di Rientro, la Regione Siciliana, pur avendo raggiunto – dopo il conferimento del fondo transitorio di accompagnamento – significativi risultati in termini di riequilibrio economico-finanziario, al fine di conseguire il completamento di tutte le azioni previste dal piano, si è avvalsa della facoltà prevista dall'articolo 11, comma 1, del d.l. 78/2010, convertito con la legge 122/2010. Si è potuto così proseguire il piano per un ulteriore triennio con un Programma operativo regionale 2010-2012 per la prosecuzione del piano di rientro 2007-2009 al fine dell'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie già previste dalla legislazione vigente, legate alla piena attuazione dello stesso.

Il Programma operativo (P.O.) è stato definito sulla base dell'analisi critica dei punti di forza e di debolezza che hanno caratterizzato il Piano di rientro, imponendo l'introduzione di ulteriori elementi di ammodernamento e sviluppo del sistema.

Il P.O. prevede infatti da un lato manovre strutturali che, in continuità con quanto già intrapreso, mirano a consolidare il cambiamento del sistema e dall'altro manovre finalizzate a promuovere lo sviluppo del sistema sanitario.

#### Il Programma operativo di consolidamento e sviluppo (POCS) 2013-2015

Nel 2012 il Legislatore nazionale ha introdotto stringenti disposizioni in tema di spending review e di sostenibilità del Sistema sanitario nazionale imponendo, in un contesto di minus-finanziamento complessivo del sistema di welfare, la definizione di ulteriori misure per adeguare la produzione di salute al nuovo sistema parametrico di finanziamento del SSN basato sui fabbisogni e costi standard, continuando a garantire i livelli essenziali di assistenza e rispettando l'equilibrio economico-finanziario della gestione.

La nuova pianificazione regionale ha inteso quindi a questo punto, fondarsi sul consolidamento dei risultati raggiunti nei due trienni precedenti e rilanciarsi in ulteriori interventi di sistema derivanti dall'obbligo di attuare le nuove disposizioni normative.

Occorrendo, quindi, la necessità di sviluppare ulteriori strategie d'intervento per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario, sono state poste le basi per agire sull'organizzazione e sull'appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali, anche avvalendosi della partecipazione della società civile.

Con queste motivazioni, la Regione Siciliana ha chiesto di avvalersi della facoltà prevista all'art.15, comma 20, del D.L. n.95/2012, convertito in Legge n.135/2012, in continuità con il Programma operativo 2010-2012 di prosecuzione del Piano di rientro, di operare mediante un nuovo "Programma operativo di consolidamento e

sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale” per il triennio 2013 – 2015.

#### Il Programma operativo di consolidamento e sviluppo (POCS) 2016-2018;

Anche per il triennio 2016-2018, la Regione Siciliana ha deciso di avvalersi della facoltà prevista all’art.15, comma 20, del D.L. n.95/2012, convertito in Legge n.135/2012, in continuità con il Programma operativo 2010-2012 di prosecuzione del Piano di rientro, mediante la predisposizione di “Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale”, approvato con D.A. n.2135 del 31/10/2017..

#### I Piani attuativi aziendali

Nelle ultime fasi di attuazione del Programma operativo, l’Assessorato ha adottato nel 2012 precise Linee Guida per la stesura di Piani attuativi aziendali per l’attuazione del Piano sanitario regionale.

I Piani attuativi, previsti dalla Legge 5, rappresentano lo strumento fondamentale per l’applicazione del Piano sanitario, attraverso l’intervento delle aziende sanitarie nei diversi territori della regione.

Il Piano sanitario regionale è attuato quindi nella programmazione sanitaria locale dalle aziende sanitarie attraverso i Piani attuativi aziendali (PAA), anch’essi previsti dalla l.r.5/2009.

Al fine di uniformare e facilitare le azioni aziendali, nel necessario rispetto delle vocazioni delle singole aziende e dei contesti territoriali di riferimento, l’Assessorato della salute, a partire dall’anno 2012, ha avviato con Agenas un progetto di supporto alle Aziende sanitarie, finalizzato alla stesura dei piani triennali e dei rispettivi programmi annuali di attività secondo una logica di project management.

La Regione ha adottato cioè un modello di governance delle azioni aziendali attraverso i Piani attuativi aziendali finalizzato non soltanto alla realizzazione di quanto contenuto nei Piani, ma anche all’aggiornamento dei programmi sanitari stessi, in considerazione delle indicazioni prescritte a livello ministeriale relativamente al nuovo POCS e a seguito di un’accurata analisi del contesto regionale e delle criticità emerse in sede di verifica dei LEA.

I PAA, infatti, vengono rivisti e riconfigurati in modo dinamico in molti ambiti specifici proprio nella misura in cui l’azione sinergica tra l’Assessorato e le aziende sanitarie, a partire dall’esame dei punti critici irrisolti e dagli obiettivi del POCS, determina un aggiornamento complessivo dei Piani aziendali stessi e di conseguenza agendo in senso inverso sulla Programmazione sanitaria.

Il modello dunque, nel rispetto delle azioni previste nel POCS e delle prescrizioni ministeriali in termini di LEA, lascia alle aziende sanitarie uno spazio di espressione mediante proposte di revisione dei Piani coerenti con scelte aziendali e provinciali.

Tale processo di allineamento tra la pianificazione regionale e la programmazione realizzata a livello aziendale, nonché di revisione dei Piani stessi, a partire dalle proposte aziendali fino alla condivisione ragionata con l’Assessorato, è supportato e monitorato mensilmente, attraverso incontri dedicati a ciascuna area provinciale al fine di consentire il rispetto degli interventi deliberati nonché il raccordo tra Assessorato e aziende.

Inoltre il modello prevede, al fine di migliorare il raccordo tra le aziende presenti in uno stesso territorio, che il PAA per le aziende ricadenti nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina, sia unico su base provinciale, cioè comprenda i PAA delle singole aziende sanitarie provinciali ed ospedaliere in una logica unitaria di integrazione ospedale-territorio.

Rispondendo ad una logica di project management a supporto del raccordo tra pianificazione regionale e programmazione aziendale, il Piano attuativo aziendale si qualifica quale strumento di governo degli obiettivi triennali del PSR, annualmente declinati, demandati alle aziende sanitarie. Alla luce di tale impostazione il PAA contiene le principali macro-aree di rilevanza assistenziale ovvero: assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro; assistenza territoriale e continuità assistenziale; assistenza ospedaliera; integrazione socio-sanitaria; salute della donna, del bambino e dell'età giovanile; oncologia; cure palliative e terapia del dolore; cardiologia; neuroscienze; gestione del politraumatizzato; trapianti e piano sangue; salute mentale e dipendenza; qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti; rete formativa, comunicazione e rete civica; partecipazione a programmi di sviluppo e innovazione.

#### I Comitati Consultivi Aziendali

I Piani attuativi, al fine di facilitare il cambiamento culturale delle logiche di gestione della governance aziendale, contemplano e realizzano una partecipazione attiva dei Comitati consultivi aziendali (CCA), anche questi previsti dalla Legge 5/2009, dalla definizione dei contenuti al raggiungimento dei risultati, caratterizzandosi nel panorama nazionale come una delle prime esperienze di coinvolgimento proattivo e trasversale dei cittadini nella ricerca e realizzazione di quelle sinergie, utili al superamento dei vincoli che la sostenibilità del SSN oggi impone a garanzia della sua universalità.

L'efficacia riferita alla partecipazione dei CCA vede il suo massimo punto di forza in due momenti fondamentali: nella partecipazione attiva alla redazione dei contenuti del PAA e negli incontri di accompagnamento mensile con i gruppi di coordinamento delle Aree Metropolitane (per le quali è previsto un unico Piano attuativo integrato per aziende ospedaliere e ASP) e delle ASP non metropolitane.

Nel complesso, tale esperienza ha permesso di sperimentare e rilevare l'efficacia di un modello di gestione che consente concretamente alla rappresentanza dei cittadini di partecipare non solo come spettatore esterno, ma in qualità di parte attiva al processo di gestione della salute pubblica.

#### Il Sistema obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Ai sensi dell'art.19 comma 3 della legge regionale 5 del 14 aprile 2009, l'operato dei Direttori Generali delle aziende del SSR è monitorato e valutato durante l'espletamento del mandato e a conclusione di esso secondo quanto previsto dal D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni e dalle norme vigenti nel territorio della Regione.

A tal fine a partire dal 2009, con il supporto di Agenas, l'Assessorato ha deciso di avviare un sistema di valutazione di carattere fortemente operativo.

Annualmente, l'Assessorato della salute definisce in coerenza con la programmazione regionale il set di obiettivi e relativi indicatori individuando per ciascuno di essi un referente interno.

I PAA, rappresentano una congrua parte degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali e sono implementati dalle aziende sanitarie anche in ragione degli obiettivi stessi, assegnati annualmente alle Direzioni aziendali, e degli indirizzi scaturenti dalle innovazioni normative e di pianificazione strategica.

Con tali premesse, il sistema obiettivi, oltre che rafforzare e dare continuità alle linee programmatiche perseguite negli anni precedenti, si dimensiona coerentemente con quanto presente nel POCS e nelle revisioni del Piano sanitario regionale.

## **5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO**

### **5.1 - ALCUNI ASPETTI PECULIARI**

#### **Potenziamento del territorio**

Con l'art. 12 comma 8 della L.R. n. 5/2009 viene introdotto il PTA (Presidio Territoriale di Assistenza), rimodulando così le strutture distrettuali al fine di andare incontro ulteriormente alle esigenze sanitarie del cittadino-utente. Lo scopo della creazione dei PTA è stato principalmente quello di un decongestionamento delle strutture ospedaliere in particolar modo dei pronto soccorso, ed anche quello di avere una maggiore attività di prevenzione per evitare le ospedalizzazioni.

Nei PTA già attivi sono potenziati i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, all'assistenza domiciliare, all'assistenza preventiva e consultoriale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, ed inoltre al loro interno sono implementati anche i Punti Unici di Accesso (PUA) alle cure domiciliari, oltre che i PPI (Punti di Primo Intervento).

Con il Decreto Assessoriale n.1325 del 2010 invece, si è definita la programmazione complessiva della rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), su base regionale, ed ha previsto per la nostra Azienda un fabbisogno di 587 posti di RSA.

Si tende così ad incrementare questo tipo di assistenza alle persone particolarmente "fragili", non autosufficienti e non assistibili a domicilio che non necessitano, allo stesso tempo, di un ricovero in strutture ospedaliere.

L'ASP di Palermo ha previsto strutture a gestione diretta e quelle accreditate e convenzionate.

#### **Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)**

Sempre per far fronte alle esigenze dei soggetti cosiddetti "fragili", l'Azienda prevede un alto tipo di assistenza : l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.).

Questo tipo di assistenza prevede una presa in carico globale della persona sia sotto il profilo sanitario che sociale consentendole di rimanere il più a lungo possibile nell'ambito del proprio nucleo familiare.

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

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

### **Screening oncologici**

Anche per quanto riguarda la prevenzione dei tumori si è potenziato ciò che già è stato fatto durante gli anni precedenti incrementando l'attività di screening oncologici per individuare tempestivamente i soggetti affetti da tumore.

Le attività di "ASP in Piazza", inserite a pieno titolo nell'ambito del marketing sociale condotto dall'Azienda, fra l'altro hanno contribuito ad avvicinare il cittadino verso i programmi di prevenzione oncologica che permettono di conoscere, in fase iniziale, una patologia seria ed alle volte invalidante quale il tumore alla mammella, al colon-retto e all'utero.

### **Promozione della Salute degli Immigrati**

La nostra Azienda ha continuato ad assicurare la sempre crescente domanda di salute da parte di persone straniere. Infatti, il sempre maggiore afflusso di persone proveniente da altri Paesi e in special modo da paesi sottosviluppati crea una preoccupazione per la salute di questi immigrati e per quella dei nostri cittadini. Quindi è stata potenziata l'assistenza medica per adulti e bambini con visite specialistiche di vario genere, facendo particolare attenzione all'educazione alimentare, all'educazione sessuale con ricorso alla contraccezione, alla procreazione responsabile, alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.

### **Rimodulazione rete ospedaliera**

La rimodulazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera dell'ASP si è completata con l'adozione della deliberazione n.283 del 02/05/2017 e s.m.i. di adeguamento dell'Atto Aziendale al documento di riordino della rete ospedaliera regionale di cui al D.A. Salute n.629 del 31/03/2017. L'effettiva attivazione è tuttavia vincolata alla revisione della rete ospedaliera da parte del nuovo Governo Regionale e alla conseguente rimozione del blocco delle assunzioni.

Il suddetto D.A. mira ad orientare le scelte programmatiche a livello regionale e aziendale, anche al fine di riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso di assicurare un più adeguato controllo della spesa, divenendo quindi uno strumento programmatico dinamico che possa rispondere agli intervenuti bisogni di salute.

Il D.A. procede alla classificazione delle strutture ospedaliere, secondo il modello "Hub" e "Spoke", in livelli di complessità crescente - previsti dal D.M. n. 70/2015 - individuando i presidi ospedalieri di base, i Dipartimenti di emergenza urgenza e di accettazione (DEA) di primo e di secondo livello nonché i presidi ospedalieri di zone disagiate eliminando le discipline duplicate nei singoli presidi/stabilimenti.

In particolare, nell'ASP di Palermo sono individuati un centro Spoke / DEA di 1° livello (P.O. G.F. Ingrassia e Villa delle Ginestre di Palermo), n.2 presidi ospedalieri di base (P.O. "Civico" di Partinico e P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese) e n. 2 presidi ospedalieri di zone disagiate (P.O. "Dei Bianchi" di Corleone e P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana).



Per quanto attiene la riduzione dell'attività di ricovero inappropriata, l'ASP ha proseguito nell'implementazione delle misure volte al trasferimento dal regime di ricovero a quello ambulatoriale di prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza, in linea con quanto previsto nel "Patto per la salute", che vede impegnato in prima linea il Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere.

### **Riordino del sistema emergenza urgenza**

Lo scopo principale è quello di garantire interventi tempestivi, oltre che qualificati, in tutti quei casi in cui è necessario salvaguardare, nel più breve tempo possibile, le funzioni vitali compromesse dell'utente ed assicurare il trasporto rapido e protetto nel punto della rete ospedaliera o territoriale più idonea.

La legge di riforma ha stabilito i termini della riorganizzazione strutturale della rete dell'emergenza-urgenza sanitaria. L'articolazione strutturale ed organizzativa è stata individuata in quattro centrali operative di cui una ubicata a Palermo, (le altre a Catania, Messina e Caltanissetta), che coordinano il servizio attraverso nove unità periferiche (una per provincia) e le modalità di affidamento delle attività di trasporto anche tramite un organismo a totale partecipazione pubblica tra la Regione e tutte le Aziende sanitarie. Gli elementi di innovazione del sistema riguardano principalmente la riprogrammazione delle modalità organizzative di trasporto terrestre e la ridefinizione della rete ospedaliera dell'emergenza.

Il D.A. n.629 del 31/03/2017 di riordino della rete ospedaliera regionale vede la Rete dell'Emergenza e Urgenza essere allo stesso tempo spina dorsale e punto di partenza per la riclassificazione degli ospedali e la costituzione della nuova rete ospedaliera.

La gestione appropriata dell'emergenza assume quindi un ruolo di primaria importanza per l'intero sistema, sia consentendo la presa in carico del paziente in pericolo di vita nei tempi adeguati, sia attivando un sistema capillare in grado di effettuare una prima diagnosi trasportando il paziente nel centro ospedaliero più idoneo al fine di sottoporlo ad appropriati accertamenti diagnostici e interventi terapeutici.

L'area dell'emergenza – urgenza è gestita dai nostri Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri, dai Presidi Territoriali di Assistenza e dai Punti di Primo Intervento oltre che dalle Guardie Mediche, ed infine dal Dipartimento di Salute mentale con i suoi Moduli.

### **Prevenzione e promozione alla salute**

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

Il quadro regionale di riferimento può essere sintetizzato nei seguenti presupposti normativi e di indirizzo:

1. Legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5 "*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale*" che individua la programmazione quale strumento fondamentale delle ASP per la realizzazione degli interventi territoriali di prevenzione e promozione della salute;

2. Patto per la Salute 2010-2012 che ha fissato, tra gli altri, specifici obiettivi finalizzati all'educazione e alla promozione della salute e che, coerentemente a tali indirizzi, il Piano Regionale della Salute 2011/2013, al punto 2, ha posto quale obiettivo strategico l'allineamento dei risultati regionali in materia di Prevenzione e Promozione della Salute con i risultati delle altre regioni;
3. D.A. n.300/2012 che, al fine di uniformare il sistema di programmazione, attuazione e monitoraggio degli interventi di educazione e promozione della salute, ha disposto l'attivazione dei Piani Aziendali per l'Educazione e la Promozione della Salute delle Aziende Sanitarie Provinciali, delle Aziende Ospedaliere e delle AA.OO. Universitarie;
4. D.A. n. 2198 del 18 dicembre 2014 l'Assessorato Regionale della Salute che ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014/2018 e ha assegnato ai diversi Servizi del Dipartimento ASOE il compito di sviluppare, nell'ambito degli obiettivi centrali fissati, le singole linee operative secondo il quadro logico stabilito dallo stesso PNP;
5. D.A. n. 351 dell' 8 marzo 2016 con cui l'Assessorato Regionale della Salute ha approvato la rimodulazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014/2018.

Pertanto questa Azienda, in armonia con la normativa e i documenti di indirizzo nazionali e regionali, ha attuato le seguenti pianificazioni strategiche di rilevanza provinciale:

- a) i *Piani Attuativi Aziendali (PAA)* per gli anni 2014 e 2015 che hanno visto impegnato il Dipartimento di Prevenzione nel coordinamento e monitoraggio del Capitolo 1 dei PAA;
- b) i *Piani Aziendali per l'Educazione e la Promozione della Salute* degli anni 2014 e 2015 predisposti di concerto con le Aziende Ospedaliere Metropolitane che attraverso il coinvolgimento delle articolazioni dei Dipartimenti aziendali e della rete delle U.O. di Educazione e Promozione della Salute Aziendale e Distrettuali hanno permesso il consolidamento del sistema aziendale a supporto delle iniziative di prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute.

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

La rete aziendale e inter-aziendale così costituita, sulla base degli indirizzi strategici della Direzione Sanitaria e le indicazioni del Servizio 2 del DASOE, ha contribuito alla predisposizione di un primo documento (Delibera D.G. N.309 del 28/04/2016) - "*Piano Aziendale della Prevenzione 2016 - Quadro Logico Aziendale*", nel quale, sulla scorta del Quadro Logico Regionale stabilito dal D.A. 351/2016, sono state esplicitate le principali

“Azioni/Interventi Aziendali”, individuati i Responsabili Aziendali per ciascuna Azione/Intervento e la “UOC/Servizio Aziendale competente”.

Inoltre, le Aziende Ospedaliere dell’area Metropolitana (ARNAS, Ospedali Riuniti “Villa Sofia-Cervello, AOU Policlinico) e l’ASP di Palermo, hanno condiviso il quadro logico del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP 2016) tracciandone gli indirizzi operativi.

I Referenti per i PAP delle Aziende Ospedaliere dell’Area Metropolitana di Palermo hanno individuato e condiviso, in un piano comune, le principali Azioni da sviluppare all’interno della propria programmazione aziendale, al fine di rendere armonici e coerenti le singole programmazioni con il Piano Aziendale della Prevenzione. In particolare, tale pianificazione prevede l’avvio di interventi riferiti ai Macro Obiettivi Regionali del PRP : 1 - 2 - 3 - 6 - 7 e 8.

Con il Piano Aziendale di Prevenzione 2016 (PAP 2016 – Delibera D.G. 489 del 30 Giugno 2016) si è definita la fase di programmazione operativa per la realizzazione degli interventi di PRP nell’anno 2016, secondo la metodologia e gli indirizzi specificati nell’Allegato 2 al D.A. n. 351/2016 sopraccitato. Il PAP 2016 rappresenta uno strumento flessibile e strategico di programmazione e monitoraggio che, di fatto, avrà ricadute operative per la programmazione 2016/2018.

#### AZIONI DI SISTEMA A SUPPORTO DEGLI OBIETTIVI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Già nella fase di programmazione 2016, in continuità con gli interventi previsti dai piani di promozione della salute ai sensi del D.A.300/2012, si è definita una rete di referenti/responsabili a presidio degli obiettivi di promozione della salute coordinata dall’UOEPSA. Ogni referente, inoltre, ha costituito gruppi di lavoro multidisciplinari, interdipartimentali e, spesso, interistituzionali che hanno lavorato con un approccio partecipativo e tenendo in considerazione le questioni connesse alle diseguaglianze. Tale rete vede tutte le articolazioni aziendali coinvolte (SIAN, SPRESAL, Dipartimento Salute mentale, Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza, Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute della Donna e del Bambino, Staff Strategico e referenti distrettuali per l’Educazione e Promozione della Salute). A questi stessi Responsabili/Referenti, nell’ambito di progetti obiettivi di PSN, di livello aziendale e regionale, sarà destinato uno specifico percorso formativo per potenziare la capacità di intervento di questa rete aziendale.

Inoltre, è stato avviato un percorso di coinvolgimento attivo di 65 associazioni *no profit* (oltre i partner associati) che, di seguito ad apposito Avviso Pubblico, hanno dato vita all’Elenco Aziendale delle Associazioni *no profit* interessate a cooperare e supportare, a titolo gratuito, gli obiettivi di promozione della salute di PRP. Il percorso, nella formula della *Consensus Conference*, di fatto è iniziato il 14/06/2016 con una prima riunione in plenaria in cui si sono condivise la programmazione di massima derivata dal Piano Regionale di Prevenzione e le tappe fondamentali che porteranno alla co-progettazione di interventi e alla loro realizzazione entro l’anno in corso. Il processo partecipativo, attualmente in corso, vedrà la condivisione delle esperienze realizzate, dei risultati ottenuti e della loro valorizzazione nella programmazione 2018/2019. Inoltre, nella ricerca di partner del terzo settore per la realizzazione di interventi specifici di prevenzione e promozione della salute si è avviata

una procedura aziendale, tramite Avviso Pubblico, in accordo con le *Linee di Indirizzo ANAC* (Paragrafo 5 *La progettazione* - Delibera ANAC N.32/2016)

### **“ASP IN PIAZZA” La Sanità tra la Gente**

L'Asp di Palermo ha avviato *dall'11 gennaio 2014* un accurato programma di prevenzione oncologica. Particolarità dell'attività di screening – oltre a quella istituzionale di “invito” rivolta agli utenti delle fasce di riferimento dei tre tumori rientranti nei LEA (alla mammella, cervicocarcinoma e colon-retto) – è l'iniziativa unica in Italia denominata “*Asp in Piazza*”.

Si tratta di una manifestazione itinerante che ha concretamente consentito di portare la sanità a casa del cittadino, e cioè nei luoghi di aggregazione quali sono le piazze (soprattutto nei piccoli centri). A bordo di *4 camper ed all'interno di 15 gazebo*, l'Azienda sanitaria garantisce una lunga serie di prestazioni che vanno dalla mammografia allo screening del diabete, dall'ecografia alla tiroide alla prevenzione del melanoma, dallo screening dei fattori di rischio cardiovascolari alla prevenzione della BCPO (Broncopneumopatia cronica ostruttiva).

*Nel 2014 e nel 2015* sono state complessivamente *27 le piazze di Palermo e provincia* che hanno ospitato le iniziative di “Asp in Piazza” e ben *55.000 gli utenti* che si sono sottoposti a visite ed esami. Esami che hanno, tra l'altro, consentito di diagnosticare precocemente *23 tumori alla mammella, 15 al colon retto, 5 alla tiroide e 212 casi di diabete misconosciuto*. Tutte le prestazioni di “Asp in Piazza” sono gratuite e con accesso diretto (senza necessità della ricetta del medico di famiglia).

Nel 2016, oltre ad “Asp in Piazza”, sono stati organizzati per la prima volta gli “*Open day della prevenzione*” e la “*Notte bianca della prevenzione*” (esami e visite gratuite dalle 17 alle 24 nel fantastico scenario dell'Enrico Albanese, presidio che si affaccia sul golfo di Palermo, con artisti, orchestre ed attori che per 7 ore hanno intrattenuto il pubblico che affollava gli ambulatori).

Nel 2017 gli appuntamenti a Palermo e Provincia sono stati 12 con 4.478 prestazioni.

I numeri relativi alle prestazioni dell'ASP in piazza per gli anni 2014/2017 sono riportati nell'allegato 2.

## 5.2 - ANALISI SWOT

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

### ANALISI SWOT

<p style="text-align: center;"><b><u>PUNTI DI FORZA (Strength)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sempre maggiore integrazione socio – sanitaria</li> <li>• Crescente integrazione tra Ospedale e Territorio.</li> <li>• Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa con risparmi ed economie.</li> <li>• Sbuocratizzazione con il potenziamento del “Medico on line”, il “MyVue”, l’“esenzione con un click” e “SmarTurno”.</li> <li>• Maggiore prevenzione con l’iniziativa dell’“ASP in Piazza”.</li> <li>• Promozione della salute degli immigrati con la creazione di nuove specialità c/o gli ambulatori delle isole minori.</li> <li>• Potenziamento delle RSA per pazienti “fragili”.</li> <li>• Attivazione di punti di eccellenza per l’attività di screening oncologici in particolare per la mammella, l’utero e il colon-retto.</li> <li>• Avvio integrazione e potenziamento della rete informatizzata aziendale a seguito aggiudicazione gara d’appalto per individuazione di una software house aziendale.</li> <li>• Programmazione e potenziamento degli interventi di Promozione della Salute e di Prevenzione (PAP 2016)</li> <li>• Crescente sinergia tra interventi formativi e livelli operativi di intervento</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>PUNTI DI DEBOLEZZA (Weakness)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio.</li> <li>• Notevole riduzione del personale, non sostituito, e blocco delle assunzioni</li> <li>• Riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane.</li> <li>• Risorse umane non stabilizzate e con contratti a termine.</li> <li>• Alta spesa per l’assistenza farmaceutica convenzionata.</li> <li>• Presenza di alcuni indicatori di salute negativi.</li> <li>• Impossibilità di nominare i Responsabili delle struttura attualmente vacanti e previsti dall’Atto Aziendale a causa del perdurare del blocco delle assunzioni</li> <li>• Nuova dotazione organica sottodimensionata rispetto alle effettive necessità dei servizi territoriali.</li> <li>• Sistema informatico nuovo in fase di implementazione in azienda con conseguenti problematiche di change management (resistenza al cambiamento) su nuove metodologie e nuove procedure informatizzate</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>OPPORTUNITA' ESTERNE (Opportunities)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislazione Regionale centrata sulla riorganizzazione ed integrazione Ospedale/Territorio (L.R. 5/09 e indicazioni e Linee Guida di riferimento).</li> <li>• Piano Nazionale di Prevenzione e D.A. n. 351 dell' 8 marzo 2016 con cui l’Assessorato Regionale della Salute ha approvato la rimodulazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014/2018</li> <li>• Sviluppo di nuove tecnologie di informazione.</li> <li>• Programmi ministeriali e regionali per lo sviluppo dei processi di <i>governance</i>, dei sistemi operativi organizzativo-gestionali e per il monitoraggio e il controllo dell’efficienza ed efficacia dei servizi.</li> <li>• Fondi e opportunità finanziarie finalizzati per l’attuazione di progetti specifici per target critici.</li> <li>• Convenzione / protocollo di intesa fra ASP e ONLUS convenzionate per il soddisfacimento di bisogni di salute della popolazione. Collaborazione, a titolo gratuito, con Enti no-profit (Elenco Aziendale a supporto di obiettivi del Piano Aziendale di Prevenzione)</li> <li>• Adozione da parte della Regione della riorganizzazione della rete ospedaliera e del nuovo Piano socio-sanitario</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>EVENTI/MINACCE ESTERNE (Threats)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento progressivo della popolazione anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo).</li> <li>• Perdurare degli sbarchi di migranti in Sicilia.</li> <li>• Stato di indigenza e di forte disagio sociale di parte della popolazione.</li> <li>• Blocco delle assunzioni con conseguente mancata attivazione della nuova organizzazione</li> <li>• Difficoltà per i medici prescrittori ad operare ulteriori restrizioni sulle prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche.</li> <li>• Carente integrazione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali e degli attori del terzo settore operanti nel territorio.</li> <li>• Passaggio di consegne tra vecchio e nuovo gestore sistemi informativi aziendali</li> </ul>

Gli elementi dell'analisi SWOT sopra rappresentati, cioè i punti di forza, di debolezza, opportunità e minacce, devono essere valutati nella loro integrità e non considerati separatamente; occorre avere un "quadro generale" della reale situazione per poter decidere e orientare al meglio le azioni dell'Azienda al fine di raggiungere gli obiettivi fissati eliminando le difficoltà che possano impedire, nella fattispecie, il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione.

Dall'analisi SWOT si evidenziano caratteristiche di particolare complessità per il momento "storico" e congiunturale che l'ASP di Palermo e la Sanità siciliana stanno attraversando e che richiede a tutti gli operatori un impegno sempre maggiore per poter raggiungere le performance attese.

## **6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE)**

Il sistema di valutazione della performance è quello previsto dal decreto “Brunetta” (D.Lgs.n.150/2009 come modificato dal D.Lgs. n.74 del 25/05/2017) e dalle “Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R.” (D.A. n.1821 del 26/09/2011) che prevedono la valutazione della “performance organizzativa” conseguita dalle strutture e della “performance individuale” collegata al personale del comparto e della dirigenza e la correlazione tra risultati e riconoscimento economico.

Le indicazioni contenute nella normativa, nelle disposizioni assessoriali nonché nei regolamenti interni in materia e nelle circolari costituiscono il sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance di cui si è data ampia informazione a tutto il personale.

Il sistema fa 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 individuale distinti per i Direttori di macrostruttura e di UOC, Dirigenti responsabili di UOS e professional, personale del comparto.

Sulla base della programmazione annuale degli obiettivi di performance organizzativa esplicitati nel Piano della Performance, si procede alla distribuzione delle schede degli obiettivi aziendali alle macrostrutture e alle unità operative complesse, corrispondenti alla performance organizzativa, oggetto di valutazione di prima istanza da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione; a queste segue, a cascata, l’assegnazione degli obiettivi annuali individuali a tutto il personale. 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 applicato negli anni precedenti. Già dal 2011, infatti, si sono distinte due fasce di merito di cui una “media” cui accedono tutti coloro che partecipano al sistema premiante (ove raggiungano un valore minimo di performance individuale), proporzionalmente al grado di raggiungimento della performance organizzativa della struttura cui afferiscono, e una fascia “alta” cui accedono coloro che hanno un punteggio individuale elevato.

Per quanto riguarda le schede di valutazione individuale, i criteri sono distinti per i Direttori di macrostruttura e di UOC, i Dirigenti responsabili di UOS e Professional, e il Personale del Comparto. Le schede sono riportate nell’allegato 3 al presente Piano.

In particolare, per i 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.

Pertanto, sulla base della consegna degli obiettivi annuali, il Direttore Amministrativo Aziendale e il Direttore Sanitario Aziendale – rispettivamente per i Direttori dell'area amministrativa e dell'area sanitaria - effettuano le loro valutazioni annuali di prima istanza della performance individuale dei Direttori delle macrostrutture. Tali valutazioni confluiscono nelle valutazioni per il rinnovo dei contratti individuali, cui contribuiscono in modo sostanziale. Il restante personale viene valutato, in prima istanza, per la performance individuale dal Direttore/Responsabile della struttura cui afferisce.

L'OIV, infine, effettua la valutazione annuale di seconda istanza della performance individuale di tutto il personale dell'Azienda (dirigenza e comparto).



## 7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Nell'anno 2018 l'ASP di Palermo continuerà a proseguire il proficuo lavoro già avviato negli anni precedenti sul sistema di obiettivi strategici ed inoltre si impegnerà su una serie di nuovi obiettivi che mirano alla efficienza e al miglioramento di attività amministrative a supporto dell'ambito sanitario.

Fra gli obiettivi strategici, esposti nella tabella della pagina seguente, si ritiene di segnalare:

- a) il monitoraggio di alcuni indicatori del Programma Nazionale Esiti relativi a: intervento chirurgico per frattura del collo del femore, colecistectomia laparoscopica, parto cesareo e angioplastica per infarto del miocardio, che rappresenta un obiettivo già assegnato negli anni scorsi a questa Azienda dall'Assessorato della salute, e gli audit per quegli indicatori e strutture del Programma che saranno segnalati dall'Assessorato predetto;
- b) la sorveglianza delle infezioni ospedaliere;
- c) la realizzazione delle azioni di contrasto all'antibiotico-resistenza, fenomeno sempre più diffuso che tende a diventare una vera emergenza sanitaria;
- d) il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con la realizzazione degli interventi correttivi finalizzati al raggiungimento degli standard previsti dall'Assessorato della salute.

Altra area strategica rilevante è rappresentata dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 rispetto al quale l'Azienda intende realizzare le attività previste per l'anno in corso. Nell'ambito di tale piano si segnala l'obiettivo relativo agli screening oncologici del carcinoma della cervice uterina, del tumore della mammella e del tumore del colon retto rispetto a cui sono stati assegnati alle strutture coinvolte alcuni specifici obiettivi finalizzati all'aumento del tasso di adesione dei citati screening.

Questa Azienda inoltre continuerà a monitorare gli aspetti legati all'integrazione ospedale-territorio, in particolare per le patologie croniche più significative (diabete mellito, scompenso cardiaco e bronco pneumopatia cronica ostruttiva) e per la dimissione ospedaliera di pazienti non autosufficienti.

Per quanto riguarda gli interventi relativi all'ambito dell'umanizzazione e che quindi hanno ricaduta più diretta sulla soddisfazione degli utenti, nel corso dell'anno l'Azienda continuerà a sviluppare il Programma Regionale sulla Qualità percepita attraverso interviste strutturate a utenti degenti nei Presidi ospedalieri e a utenti che ricevono prestazioni ambulatoriali.

Infine, i nuovi obiettivi volti al miglioramento di attività amministrative a supporto dell'ambito sanitario riguardano soprattutto l'informatizzazione, la stesura di procedure non PAC e la redazione/revisione di regolamenti interni.

Si riportano di seguito i principali obiettivi relativi alle varie Aree:

<p><b>Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo delle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018</li> <li>- 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</li> <li>- Monitoraggio e miglioramento delle attività relative ai programmi di vaccinazione secondo le indicazioni regionali e ministeriali e al controllo epidemiologico delle malattie infettive</li> <li>- 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.</li> </ul>
<p><b>Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale</b></p>	<p>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</p> <hr/> <p>Monitoraggio nelle strutture territoriali dell'applicazione della procedura aziendale sulla Gestione integrata ospedale-territorio relativa allo scompenso cardiaco, formalizzata nell'anno 2016</p> <hr/> <p>Realizzazione delle attività relative all'implementazione delle prescrizioni dematerializzate</p> <hr/> <p>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</p>

<p><b>Assistenza Ospedaliera</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione delle linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche secondo D. Assessorato Salute 13/3/2013 e succ. modifiche</li> <li>- Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale secondo il Programma Nazionale Esiti: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) miglioramento dello standard relativo alla Tempestività di interventi chirurgici a seguito di frattura di femore su pazienti &gt; 65 anni (intervento chirurgico entro 0-2 giorni di ricovero)</li> <li>b) miglioramento dello standard relativo alla riduzione dell'incidenza dei parti cesarei primari (ossia in donne senza un pregresso cesareo)</li> <li>c) miglioramenti dello standard relativo all'effettuazione dell'angioplastica nell'infarto miocardico acuto con sopralivellamento del tratto ST (entro 90 minuti dal ricovero)</li> <li>d) miglioramento dello standard relativo alla degenza postoperatoria per gli interventi di colecistectomia postoperatoria (degenza postoperatoria inferiore a tre giorni)</li> </ul> </li> <li>- 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</li> <li>- Monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico per la misurazione standardizzata della gravità della malattia, formalizzato nell'anno 2016</li> <li>- Realizzazione del Programma regionale relativo alla "Misurazione della qualità percepita"</li> <li>- Monitoraggio nelle strutture ospedaliere dell'applicazione della procedura aziendale sulla Gestione integrata ospedale-territorio relativa allo scompenso cardiaco, formalizzata nell'anno 2016</li> </ul>
<p><b>Integrazione socio-sanitaria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presa in carico dei pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio e Residenza sanitaria assistita-territorio</li> </ul>
<p><b>Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio dell'applicazione del percorso nascita con presa in carico delle gravidanze fisiologiche nei consultori e delle gravidanze a rischio nei punti nascita ospedalieri</li> <li>- Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e della sicurezza delle cure neonatali e garanzia degli standard e dei requisiti di sicurezza dei punti nascita</li> </ul>

<p><b>Salute mentale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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”</li> <li>- Dipendenze patologiche: Presa in carico di pazienti con comorbidità psichiatrica, con comorbidità infettiva, con gioco d'azzardo problematico</li> <li>- 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</li> </ul>
<p><b>Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei pazienti</b></p>	<p>Miglioramento del livello delle prestazioni relative alla Qualità e Sicurezza dei pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione e gestione degli eventi avversi e inserimento degli eventi sentinella nel flusso SIMES nell'ambito del programma di controllo del rischio clinico</li> <li>- Attività di osservazione sulla corretta applicazione della check list in sala operatoria</li> <li>- 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</li> <li>- Svolgimento di audit per gli indicatori del Programma nazionale esiti e per le strutture segnalati dall'Assessorato della salute</li> <li>- Adesione al programma regionale di misurazione della qualità percepita</li> <li>- Effettuazione delle indagini di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza previste dal programma regionale</li> <li>- Realizzazione delle attività relative alla sorveglianza delle infezioni ospedaliere</li> <li>- Realizzazione delle attività di promozione della salute previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018</li> </ul>
<p><b>Spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva</b></p>	<p>Miglioramento del governo della spesa del settore farmaceutico anche con interventi mirati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</p>
<p><b>Flussi informativi</b></p>	<p>Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS) consolidati</p>

<b>Progettazione aziendale</b>	Realizzazione dei progetti di Piano sanitario regionale previsti
<b>Adempimenti normativi relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)</b>	Garanzia del rispetto degli adempimenti previsti e della relativa tempistica
<b>Adempimenti normativi relativi al Piano anticorruzione</b>	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano anticorruzione
<b>Adempimenti normativi relativi al Piano sulla Trasparenza</b>	Realizzazione adempimenti previsti dal Piano sulla Trasparenza
<b>Efficienza Gestionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione tempestiva dei documenti di Bilancio Consuntivo 2016 e Bilancio Previsionale 2017</li> <li>- Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato</li> </ul>
<b>Informatizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatizzazione della comunicazione interna (protocollo interno)</li> <li>- Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze</li> <li>- Informatizzazione del magazzino di reparto</li> <li>- Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio</li> </ul>
<b>Riorganizzazione e procedure amministrative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riorganizzazione e adeguamento normativo del protocollo generale</li> <li>- Riorganizzazione della contabilità analitica, del processo di budgeting e controllo di gestione</li> <li>- Redazione e aggiornamento delle procedure interne e/o regolamenti interni non P.A.C.</li> </ul>

## 8. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (LEGGE 6 NOVEMBRE 2012 N. 190 E S.M.I.)

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 (PTPC) con la funzione di fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio.

Il PTPC 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 PTPC, l’ASP di Palermo attiva azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre il rischio di comportamenti corrotti. Esso quindi, è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, ed è uno strumento per l’individuazione di misure concrete contro la possibile corruzione.

Ai sensi dell’art. 1 c. 14 della l. n. 190 del 2012, sostituito dall’art.41 del d.lgs. 97/2016, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione annuale recante i risultati dell’attività svolta in relazione al PTPC. Questo documento viene pubblicato sul sito istituzionale aziendale entro il 15 gennaio dell’anno successivo.

Tra i contenuti del PTPC vi sono gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art.1, co 8, del d.l. 190/2012 come novellato dall’art.41 del d.lgs. 97/2016).

Pertanto, le misure da attuare e le attività da svolgere previste nel PTPC, comprensivo del Piano Triennale Prevenzione della Trasparenza e dell’Integrità (PTPTI), sono inserite nel Piano triennale della Performance come obiettivi da assegnare alle strutture aziendali.

In sede di applicazione del presente Piano per l’anno 2018, agli obiettivi relativi al PTPC è assegnato un peso complessivo pari a punti “10”:

Area	Obiettivo	Indicatore	Peso	Valore Atteso
Norme Anticorruzione	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%

## 9. SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (P.A.C.)

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 le procedure previste.

L'applicazione delle procedure adottate è subordinata alla messa a punto del sistema di sistemi informatici integrati idonei a conseguire la piena integrazione fra livello informativo e gestionale/operativo anche per le finalità di cui ai PAC.

Nell'anno 2018 dovrà essere implementata l'applicazione e verifica delle suddette procedure anche con l'avvio di un sistema di audit interno.

In sede di applicazione del presente Piano per l'anno 2018, agli obiettivi relativi ai PAC è assegnato un peso complessivo pari a punti "5":

Area	Obiettivo	Indicatore	Peso	Valore Atteso
Adempimenti PAC	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%





## 11. L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'ASP di Palermo , una delle più grandi del nostro Paese, comprende un ampio territorio provinciale e, proprio per la sua vastità, è caratterizzata da una particolare complessità che si riflette nella sua articolata struttura organizzativa.

L'Azienda, infatti, è articolata in numerosi Dipartimenti e in diversi Presidi Ospedalieri, caratterizzati da una gestione dipartimentale dei servizi propri, sia dell'area ospedaliera sia dell'area territoriale, con lo scopo precipuo di realizzare al meglio ogni forma di integrazione ospedale-territorio e viceversa, per meglio soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

La Direzione Strategica così, anche per l'anno 2018, declina gli **obiettivi strategici** per macro-area di intervento, individua opportuni **obiettivi operativi** che consentano di perseguire gli obiettivi strategici stabiliti, quindi li assegna 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, prevalentemente orientati al potenziamento delle attività assistenziali di recente avviamento, al perseguimento di una maggiore efficienza dei servizi, al miglioramento dei risultati già conseguiti in precedenza, al perseguimento di buoni esiti di salute.

Gli obiettivi vengono assegnati alle UU.OO. indicate nell' **albero della performance** di seguito raffigurato.

# Direzione strategica

UOC Coordinamento staff strategico

UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS

UOC Legale

UOC Prevenzione e Protezione

UOC Psicologia

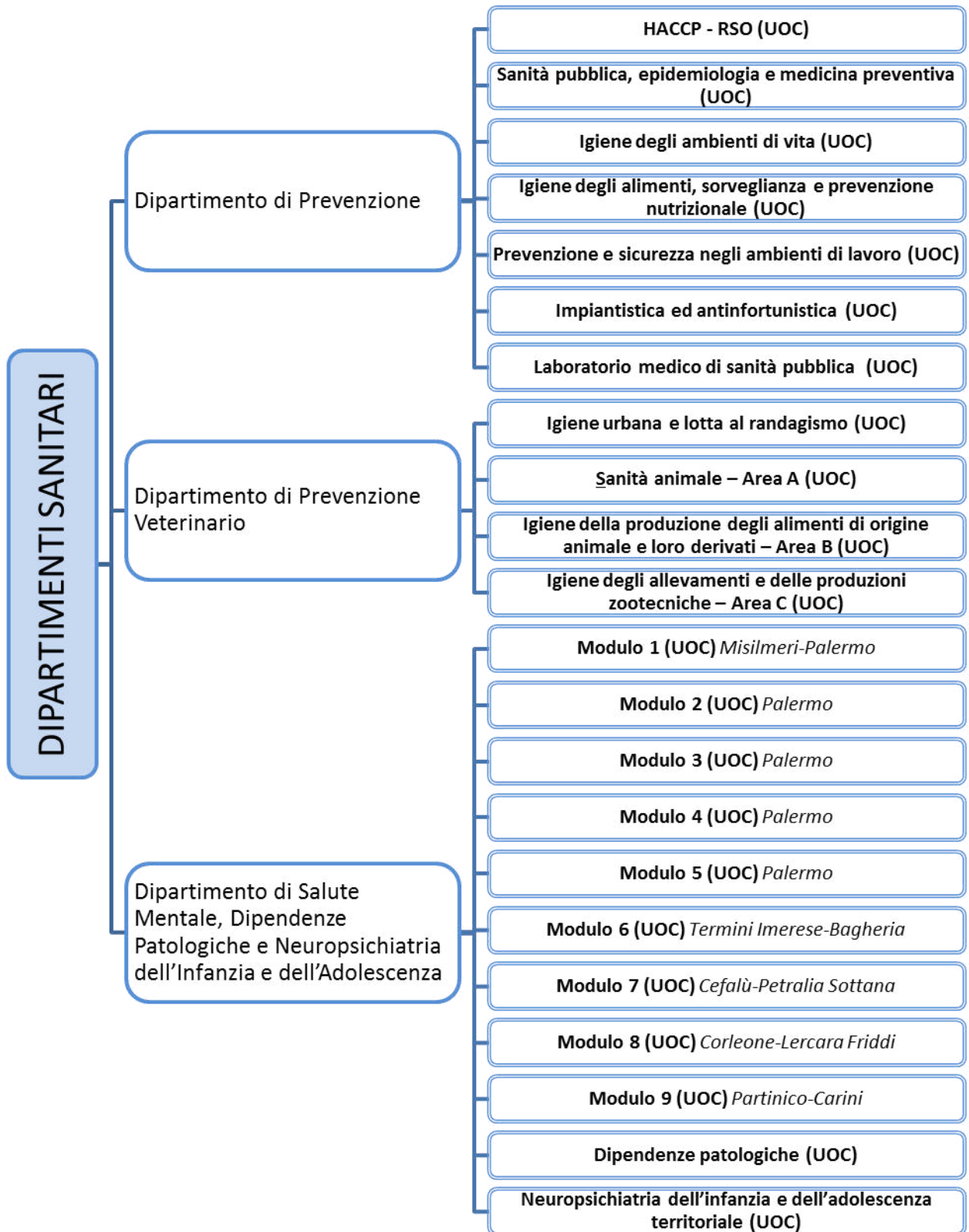
UOS Sorveglianza Sanitaria

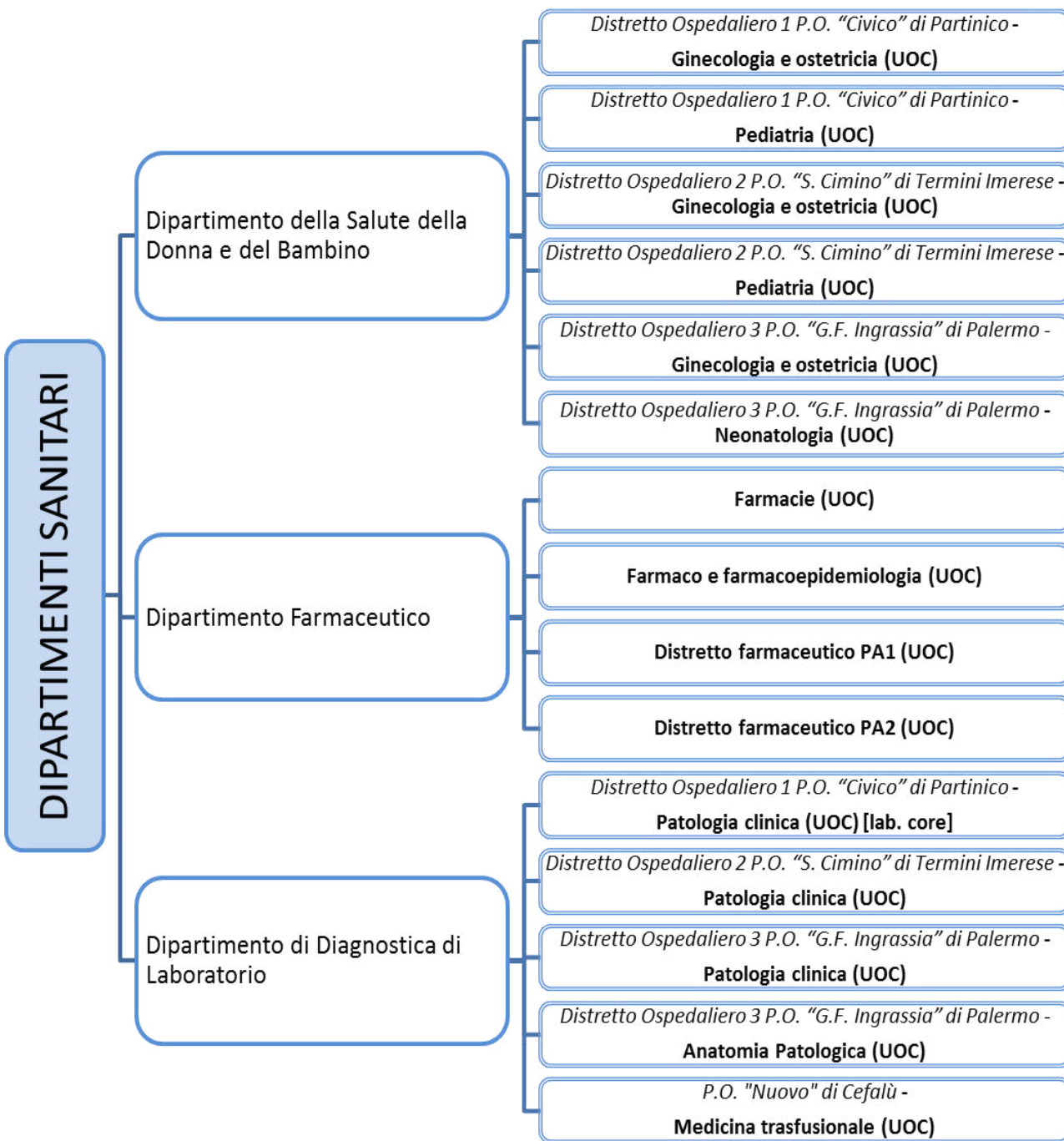
DIPARTIMENTI SANITARI

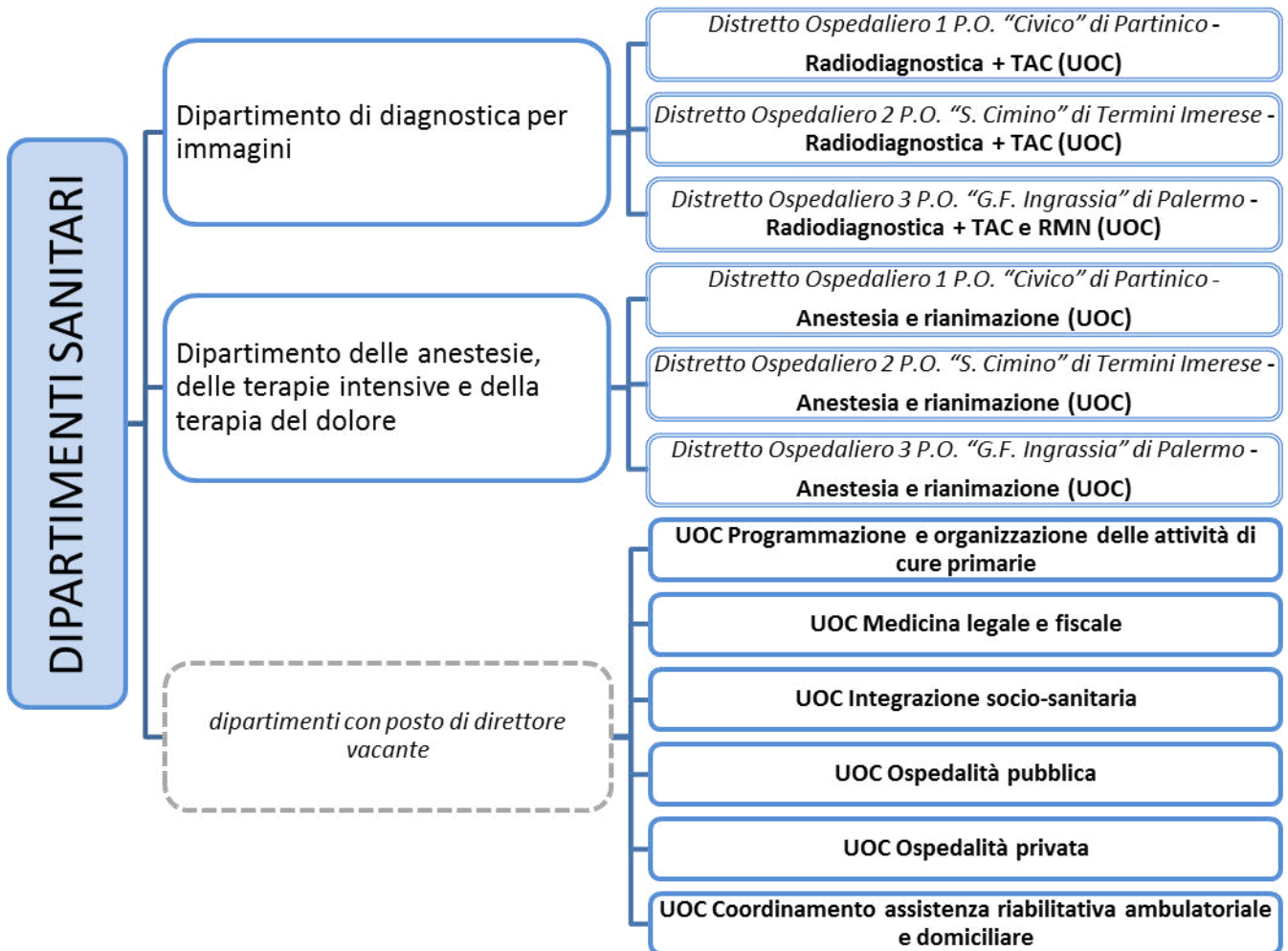
DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI

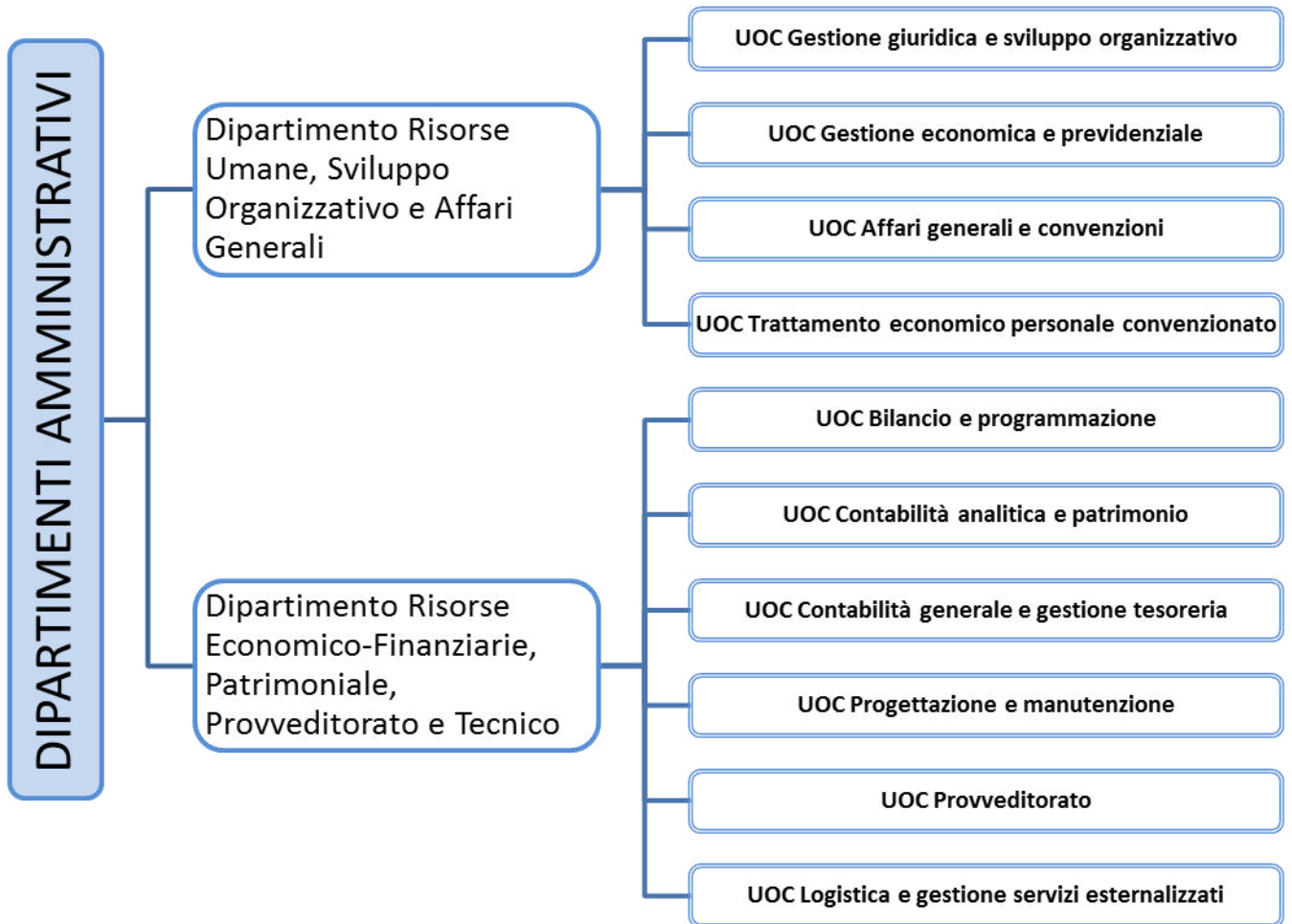
DISTRETTI SANITARI

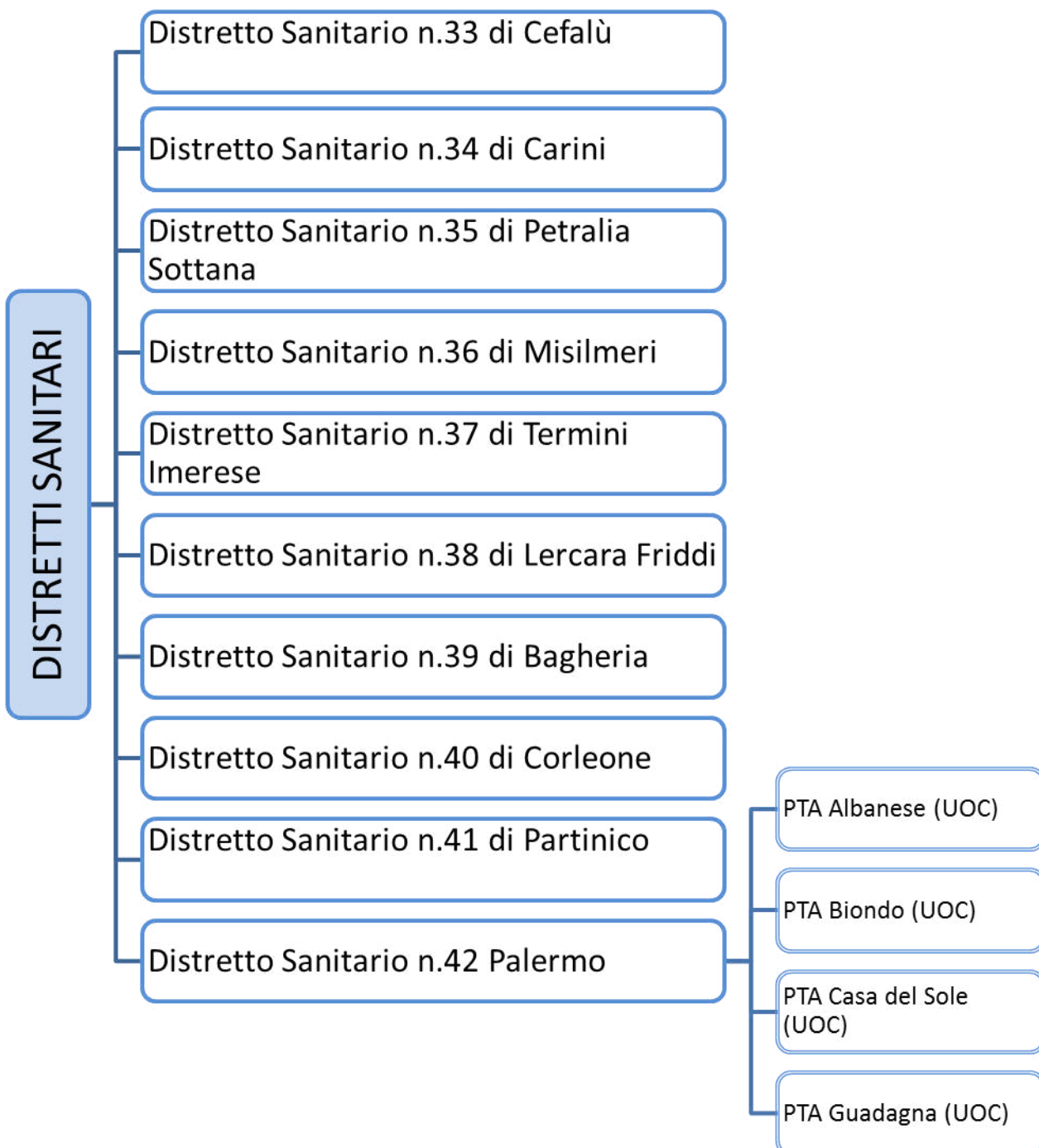
DISTRETTI OSPEDALIERI

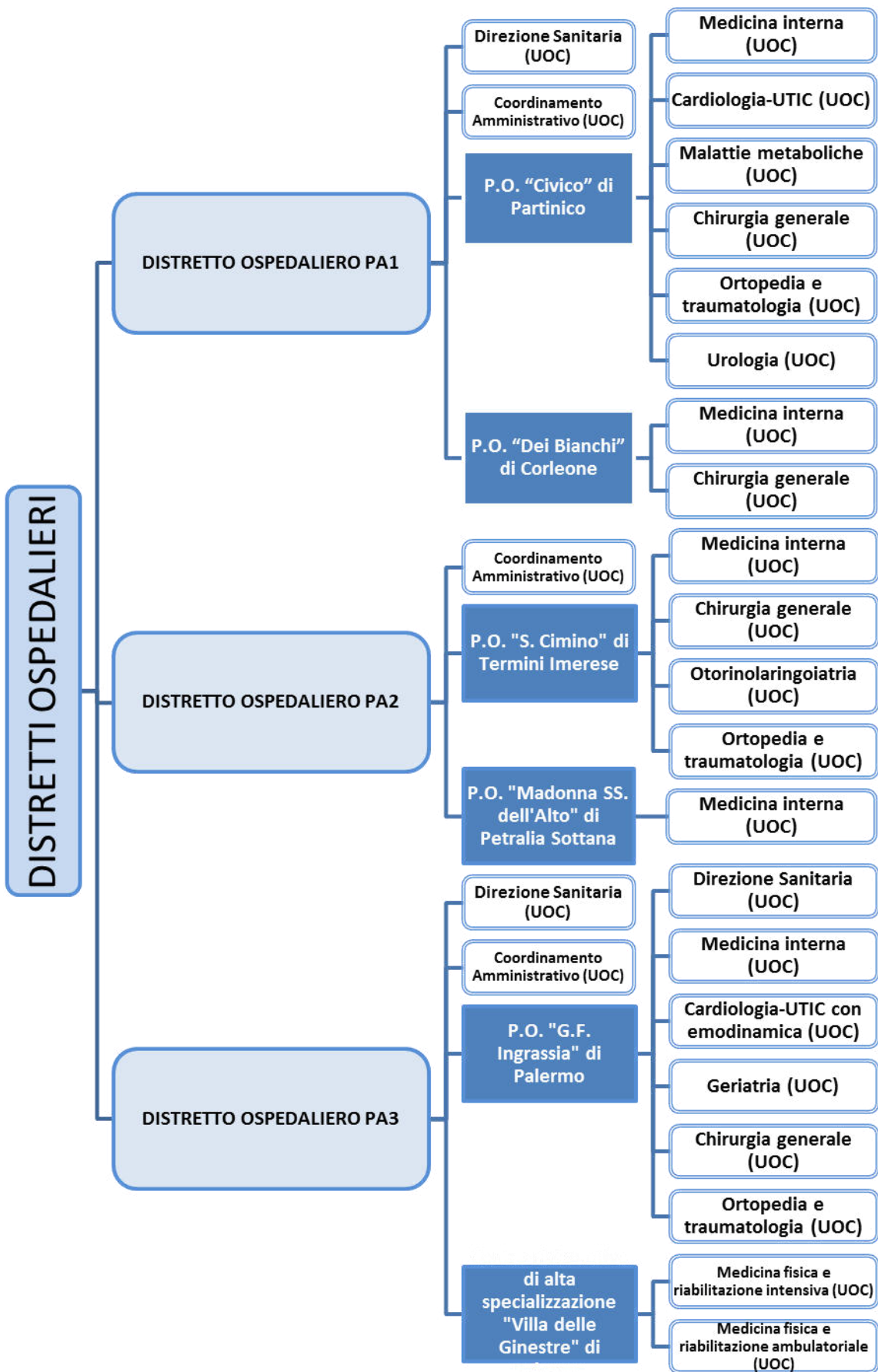














## 12. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Il processo seguito per lo sviluppo del ciclo di gestione delle performance ha coinvolto i soggetti indicati nella sottostante tabella.

	Fase del processo	Soggetti coinvolti
1	Definizione dell'identità dell'organizzazione	➤ U.O. Programmazione e Controllo di Gestione - SIS
2	Analisi del contesto esterno ed interno	➤ U.O. Programmazione e Controllo di Gestione - SIS ➤ Dipartimento Risorse Umane
3	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	➤ Direzione Strategica ➤ Gruppo di lavoro "budget" composto da: - UOC Coordinamento Staff Strategico - UOS Qualità e progettazione - UOS Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane - UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS - UOS Sistema Informativo e Statistico - UOC Contabilità Analitica
4	Programmazione economico-finanziaria	➤ UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS ➤ Dipartimento Risorse Economico-Finanziario, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico
5	Il sistema di misurazione e valutazione della Performance e il ciclo di gestione	➤ UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS ➤ UOS Valutazione e Valorizzazione delle Risorse Umane
6	Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno	➤ UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS ➤ UOS Comunicazione e informazione

L'ASP avvia il proprio "processo di budgeting" con la definizione degli obiettivi da parte della Direzione Strategica, tenuto conto delle indicazioni assessoriali, con il supporto del Gruppo di Lavoro interdisciplinare appositamente costituito; si procede quindi all'assegnazione degli stessi obiettivi ai direttori di macrostruttura e di struttura complessa.

L'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi strategici rappresenta quindi la prima fase del processo, prevedendo per ogni obiettivo assegnato ai CdR (Centri di Responsabilità), opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare il risultato raggiunto rispetto a quello atteso.

Tale processo è finalizzato, oltre che al soddisfacimento dei bisogni della popolazione, alla verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

Del suddetto sistema di misurazione è garante l'Organismo Indipendente di valutazione (OIV), istituito nell'ASP di Palermo con delibera n. 1025 del 15 dicembre 2015, che supporta la Direzione aziendale.

Tale sistema è centrato sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa, indicando ogni raccordo logico per l'allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale,

attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori (strumenti che rendono possibile l'attività di acquisizione delle informazioni), di outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato o valore atteso) per ciascun indicatore, che deve avere caratteristiche di qualità e di fattibilità opportunamente soppesate, al fine di soddisfare le esigenze dei portatori di interesse interni ed esterni, e dell'Utenza in particolare, cui le azioni sottese agli obiettivi sono destinate.

Ai fini dell'efficacia dell'intero sistema e per garantire la connessione fra il sistema di misurazione della performance organizzativa con quello della misurazione e valutazione della performance individuale, il ricorso ad un'opportuna "mappa strategica" consente di declinare ed evidenziare a cascata, nei diversi livelli organizzativi, gli obiettivi operativi attribuiti in fase di negoziazione di 2° livello dai Responsabili di macrostruttura e dai dirigenti responsabili di Unità Operative Complesse nei confronti delle singole Unità Operative Semplici ed unità di personale dirigente professional e comparto (negoziante di 3° livello).

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si innesca quindi nell'ambito del più ampio Ciclo di gestione della performance, articolato nelle seguenti fasi:

- 1) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi;
- 2) collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse;
- 3) monitoraggio in corso di esercizio, con attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, secondo frequenza e modalità definite;
- 5) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 6) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.

Il percorso "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi operativi consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità: la Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ad essa assegnati dagli organismi regionali e dalla relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi annuali alle macrostrutture aziendali.

I responsabili delle macro strutture, coadiuvati dai dirigenti delle strutture coordinate, comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale e le modalità previste per il raggiungimento.

## ➤ SEZIONE 4 – DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

### 13. IL PERCORSO DI TRADUZIONE DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALL'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 6, 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 individua le 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.

Nel presente Piano, considerata la complessità dell'organizzazione aziendale, non si riportano gli obiettivi individuali assegnati a tutto il personale del comparto e della dirigenza, ma solo quelli dei Direttori delle macrostrutture e dei Direttori di UOC, 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 e le relative schede di budget riportati nell'allegato 4.

# **ALLEGATI**

**Allegato 1 - Descrizione socio-demografica (stralcio Piano Aziendale della Prevenzione anno 2016)**

**Allegato 2 - I numeri dell'ASP IN PIAZZA anni 2014 / 2017**

**Allegato 3 - Le schede di valutazione individuale**

**Allegato 4 - Gli obiettivi operativi e le schede di budget anno 2018**

# **DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA**

**STRALCIO PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE ANNO 2016**

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



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

Rango	Uomini						Donne					
	Grandi Categorie ICD X - 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 X - 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	65053,5
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	7701
4	MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	274	4,9	45,6	33,0	10389,5	STATI MORBOSI MALDEFINITI	290	5,1	44,8	19,4	3709
5	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	238	4,3	39,6	30,6	13317,5	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	275	4,9	42,4	19,6	3942
6	CAUSE ACCIDENTALI	201	3,6	33,4	28,4	31360	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	7429,5	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	209	3,7	32,3	16,1	5141
8	STATI MORBOSI MALDEFINITI	172	3,1	28,5	21,6	9684,5	DISTURBI PSICHICI	160	2,8	24,7	10,5	1385
9	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	117	2,1	19,5	13,7	2457,5	CAUSE ACCIDENTALI	143	2,5	22,1	11,7	6612,5
10	DISTURBI PSICHICI	101	1,8	16,8	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	6,3	4,0	2592,5
12	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	36	0,6	5,9	7,8	17857	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	30	0,5	4,7	6,7	14795
13	MALATTIE INFETTIVE	28	0,5	4,6	3,7	2002,5	MALATTIE INFETTIVE	28	0,5	4,2	2,6	1302
14	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMPOETICI	15	0,3	2,6	1,8	540	MALATTIE OSTROMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	26	0,5	3,9	2,2	905
15	MALATTIE OSTROMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	11	0,2	1,8	1,3	385	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMPOETICI	19	0,3	3,0	1,6	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	681,2	24298	TUTTE LE CAUSE	5648	100	872,2	442,3	147132,5

## 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 infantile		1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Riduzione % (1995-2010)
Tasso mortalità infantile (/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 infantile

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 infantile 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 infantile 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 Sottana		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	
<b>Mortalità per Grandi Cause</b>																											
Numero medio annuale di decessi		23341	23342	5545	5648	369	349	275	242	249	250	156	152	191	199	256	235	3203	3378	335	331	182	190	307	306	22	18
Tasso Standardizzato x 100.000		675,4	429,5	681,2	442,3	607,7	460,2	632,5	405,9	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	657,4	430,8
<b>Mortalità per Malattie del sistema circolatorio</b>																											
Numero medio annuale di decessi		9009	10949	2026	2451	142	169	94	103	102	120	68	72	81	93	101	116	1098	1387	129	151	80	94	123	138	8	7
Tasso Standardizzato x 100.000		249,6	180,8	239,7	189,4	263,5	206,3	214,1	159,3	225,3	153,9	232,6	159,0	242,2	183,2	230,5	186,0	242,3	165,1	234,8	182,0	230,3	171,5	234,8	173,7	229,9	160,0
<b>Mortalità per Diabete</b>																											
Numero medio annuale di decessi		1034	1415	251	332	16	20	11	15	7	12	9	13	8	12	12	17	151	190	15	22	8	15	13	16	1	2
Tasso Standardizzato x 100.000		28,5	25,1	29,5	24,9	29,9	25,8	25,2	24,2	16,4	18,0	30,3	26,5	25,9	27,7	27,1	30,0	32,8	24,7	27,2	27,4	25,1	29,1	25,6	19,1	28,7	48,9
<b>Mortalità per BPCO</b>																											
Numero medio annuale di decessi		1019	468	229	123	16	6	14	6	10	4	7	5	9	3	12	4	130	76	18	8	7	3	17	8	0	0
Tasso Standardizzato x 100.000		26,7	7,9	26,9	8,7	30,4	7,3	29,7	6,6	20,5	5,8	21,1	11,1	25,9	5,6	24,7	6,8	27,5	9,4	29,9	10,1	15,8	5,1	29,6	9,5	9,0	2,7

## 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:

- o 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;
- o nel distretto di Carini emergono eccessi significativi in entrambi i sessi per quanto riguarda le broncopatie;
- o nel distretto di Cefalù non emergono eccessi significativi in entrambi i sessi rispetto al riferimento regionale;
- o 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 Sottana		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	
<b>Mortalità per Tumori</b>																											
Numero medio annuale di decessi		8822	4959	1088	1235	110	73	92	50	05	47	38	30	48	40	71	40	1002	764	99	71	48	31	86	73	9	5
Tasso Standardizzato x 100.000		202,8	116,0	210,1	120,4	207,2	111,3	212,2	111,4	167,7	94,6	160,7	99,3	168,2	116,4	100,3	107,2	228,0	126,8	196,4	117,9	163,3	97,7	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).

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

### Incidenza e prevalenza

Fonte : Elaborazione su Stime MIAMOD

# I NUMERI DELL'ASP IN PIAZZA ANNI 2014 / 2017

## ASP IN PIAZZA 2014

1. Partinico 11/1/2014
2. Bagheria 11/2/2014
3. Termini Imerese 19/2/2014
4. San Mauro Castelverde 27/2/2014
5. Corleone 14/3/2014
6. Cefalù 21/3/2014
7. Misilmeri 27/3/2014
8. Lampedusa 3/4/2014
9. Lercara Friddi 8/4/2014
10. Petralia Sottana 14/4/2014
11. Piazza Politeama – Palermo 29/4/2014
12. Linosa 6/5/2014
13. San Giuseppe Jato 20/5/2014
14. Brancaccio – Palermo 10/6/2014
15. Camporeale 12/6/2014
16. Ustica 18/6/2014
17. San Filippo Neri (ZEN)

### **ASP IN PIAZZA 2015**

1. Borgo Nuovo 19/2/2015
2. Piazza Kalsa 3/3/2015
3. Balestrate 24/3/2015
4. Montemaggiore Belsito 16/4/2015
5. Ciminna 23/4/2015
6. Piazza Verdi – PALERMO 14/5/2015-
7. Isnello 7/5/2015
8. Gangi 12/5/2015
9. Lampedusa 20/5/2015
10. Linosa 2/7/2015

### **LA NOTTE BIANCA DELLA PREVENZIONE**

1. Presidio Enrico Albanese, 11 giugno 2015

## ASP IN PIAZZA 2016

1. 15 Marzo martedì Bisacquino (Distretto 40 Corleone): 660 prestazioni
2. 31 Marzo giovedì Valledolmo (Distretto 38 Lercara Friddi): 2.125 prestazioni
3. 5 Aprile martedì Carini (Distretto 34): 3.998 prestazioni
4. 12 Aprile martedì Montelepre (Distretto 41 Partinico): 1.334 prestazioni
5. 19 Aprile martedì Altavilla Milicia (Distretto 39 Bagheria): 2.346 prestazioni
6. 28 Aprile giovedì Marineo (Distretto 36 Misilmeri): 2.127 prestazioni
7. 10-11-12 Maggio Lampedusa (Distretto 42 Palermo): 1.658 prestazioni
8. 17 Maggio Castelbuono (Distretto 33 Cefalù): 1.486 prestazioni
9. 26 Maggio Cerda (Distretto 37 Termini Imerese): 986 prestazioni
10. 31 Maggio Castronovo di Sicilia (Distretto 38 Lercara): 1.829 prestazioni
11. 3 Giugno venerdì Bompietro (Distretto 35 Petralia Sottana): 1.126 prestazioni
12. 23 Giugno, Linosa (Distretto 42 di Palermo): 286 prestazioni
13. 27 Settembre, Alia (Distretto 38 Lercara): 2.101 prestazioni
14. 18 Ottobre, Prizzi (Distretto 38 Lercara): 1.571 prestazioni
15. 25 Ottobre, Cefalà Diana (Distretto 36): 1.058 prestazioni
16. 8 Novembre, Petralia Soprana (Distretto 35): 1.153 prestazioni
17. 17 Novembre, Chiusa Sclafani (Distretto 40 Corleone): 1.726 prestazioni.

TOTALE PRESTAZIONI 27.570

*\*I nostri camper hanno percorso 2.989 km.*

## **PRESTAZIONI**

1. Screening del tumore alla mammella;
2. Screening del cervicocarcinoma;
3. Screening del tumore al colon retto;
4. Screening tumore alla tiroide;
5. Screening del diabete e dei fattori di rischio cardiovascolari;
6. Prevenzione cardiologica
7. Prevenzione del melanoma (visita dermatologica)
8. Prevenzione BCPO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)
9. Prevenzione dell'obesità: educazione alimentare e corretti stili di vita
10. Prevenzione del gioco d'azzardo patologico ed internet (social network)
11. Lotta al randagismo (microchippatura gratuita dei cani)
12. Servizi all'utenza (CUP, riscossione ticket; cambio medico; esenzione ticket per reddito)

## **ATTREZZATURE STANDARD "ASP IN PIAZZA"**

- 3 Camper
- Un furgone dei veterinari per la microchippatura dei cani
- 16 gazebo
- 30 tavoli
- 700 sedie
- 10 panche
- Un gruppo elettrogeno
- Un mammografo digitale
- Un ecografo portatile
- Un furgone 9 posti (supporto)
- Due camion trasporto materiale (supporto)
- Un furgone elettricisti (supporto)

## **REPORT PRINCIPALI PRESTAZIONI ASP IN PIAZZA 2016**

- Totale prestazioni: 27.570
- Prevenzione tumore alla mammella: 997 prestazioni (6 tumori)
- Prevenzione tumore colon retto: 885 sof test distribuiti (10 sospetti tumori)
- Prevenzione tumore al collo dell'utero: 598 pap test (38 sospetti positivi)
- Prevenzione del tumore alla prostata: 439 prestazioni (24 casi che hanno richiesto ulteriori esami di approfondimento)
- Prevenzione del melanoma: 1.276 prestazioni (18 tumori della pelle)
- Prevenzione del tumore alla tiroide: 1.301 prestazioni (14 sospetti tumori e 28 casi di disfunzione tiroidea)
- Screening del diabete e dei fattori di rischio cardiovascolari: 3.544 prestazioni (119 casi di diabete misconosciuto)
- Prevenzione dell'obesità: 704 prestazioni (36% obesi)



## SCREENING DAY 2016

1. Castellana Sicula, 20 luglio: 441 prestazioni
2. Petralia Sottana, 4 agosto: 534 prestazioni
3. Geraci Siculo, 30 agosto: 683 prestazioni
4. Polizzi Generosa, giovedì 15 settembre: 2.668 prestazioni

TOTALE PRESTAZIONI 4.326

### PRESTAZIONI

1. Screening del tumore alla mammella (mammografia);
2. Screening del cervicocarcinoma (pap test);
3. Screening del tumore al colon retto (sof test);
4. Screening del diabete e dei fattori di rischio cardiovascolari;
5. Prevenzione del melanoma (visita dermatologica)

### REPORT SCREENING DAY

- Totale prestazioni: 4.326
- Screening tumore mammella: 298 mammografie (2 INDIRIZZATE SECONDO LIVELLO)
- Screening cervicocarcinoma: 120 pap test (3 SOSPETTE POSITIVE)
- Screening tumore colon retto: 256 sof test (8 sospetti positivi)
- Screening del diabete e dei fattori di rischio cardiovascolari: 1.336 prestazioni (dati in fase di elaborazione)
- Screening melanoma: 416 prestazioni (6 carcinomi cutanei e 12 nevi sospetti)

## **OPEN DAY 2016**

1. 8 Marzo martedì
2. 7 Aprile giovedì
3. 5 Maggio giovedì
4. 16 Giugno giovedì

### **PRESTAZIONI**

1. Screening del tumore alla mammella (mammografia);
2. Screening del cervicocarcinoma (pap test);
3. Screening del tumore al colon retto (sof test);

### **REPORT OPEN DAY 2016**

- Totale prestazioni: 2.022
- Screening del tumore alla mammella: 1.127 mammografie (9 tumori)
- Screening del cervicocarcinoma: 1.144 pap test (130 casi che hanno necessitato ulteriori esami di approfondimento)
- Screening del tumore al colon retto: 909 sof test (7 sospetti positivi)

### RIEPILOGO 2016

• ASP IN PIAZZA 2016 (17 TAPPE):	27.570 PRESTAZIONI
• OPEN DAY 2016 (4 INIZIATIVE):	2.022 PRESTAZIONI
• SCREENING DAY 2016 (4 INIZIATIVE):	4.326 PRESTAZIONI
<hr/>	
Totale	33.918 PRESTAZIONI

#### REPORT SCREENING LEA (Asp in Piazza, Open Day, Screening Day)

- Screening tumore alla mammella, 2.422 mammografie: **15 tumori (34 sospetti positivi)**
- Screening tumore colon retto, 2.050 sof test: **25 sospetti positivi**
- Screening cervicocarcinoma, 1.832 pap test: **171 sospetti positivi**

#### REPORT SCREENING "NO LEA" (Asp in Piazza, Screening Day)

- Screening melanoma, 1.692 prestazioni: **24 carcinomi cutanei (12 nevi sospetti)**
- Screening del diabete, 4.880 prestazioni: **119 casi di diabete misconosciuto**

#### REPORT SCREENING "NO LEA" (Asp in Piazza)

- Screening del tumore alla tiroide, **1.301 prestazioni (14 sospetti tumori e 28 casi di disfunzione tiroidea)**
- Screening del tumore alla prostata, **439 prestazioni (24 casi che hanno richiesto ulteriori esami di approfondimento)**
- Prevenzione dell'obesità, **704 prestazioni: 37% obesi**

**ANNO 2017**

	<b>Screening Mammografico</b>	<b>Screening Cervice Uterina</b>	<b>Screening Colon Retto</b>	<b>Screening Tiroideo</b>	<b>Vaccinazioni</b>	<b>Screening Melanoma</b>	<b>Totale Prestazioni</b>
<b>25/05/2017 Contessa Entellina</b>	35	32	39	29		98	<b>233</b>
<b>30/05/2017 Villafrati</b>	59	38	49	38		97	<b>281</b>
<b>08/06/2017 Sciara</b>	50	30	22	71		110	<b>283</b>
<b>13/06/2017 Collesano</b>	65	47	75	35		142	<b>364</b>
<b>27/06/2017 Alimena</b>	52	14	34	35		84	<b>219</b>
<b>07/07/2017 Linosa 08-09/07/2017 Lampedusa</b>	56	31	22	63		92	<b>264</b>
<b>05/09/2017 Cinisi</b>	93	51	110	116	157	156	<b>683</b>
<b>14/09/2017 Casteldaccia</b>	50	82	55	116	79	130	<b>512</b>
<b>26/09/2017 Roccapalumba</b>	84	30	66	110	23	111	<b>424</b>
<b>17/10/2017 Monreale</b>	54	38	84	30	41	124	<b>371</b>
<b>24/10/2017 Vicari</b>	53	46	42	109	28	106	<b>384</b>
<b>14/11/2017 Partinico (OPEN DAY)</b>	51	33	40	137	38	87	<b>386</b>
<b>Totale Visite Complessive</b>	<b>702</b>	<b>472</b>	<b>638</b>	<b>963</b>	<b>366</b>	<b>1337</b>	<b>4478</b>
<b>Totale Approfondimenti Diagnostici</b>	<b>33</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>35</b>		<b>4</b>	<b>96</b>
<b>Totale Positivi</b>	10	0	0	7		0	<b>17</b>

# LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

**Scheda di valutazione anno \_\_\_\_\_**

Area Dirigenza

**Direttore di UOC/Macrostruttura**

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

Colloquio di condivisione degli obiettivi è stato effettuato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del valutando \_\_\_\_\_

Firma del valutatore \_\_\_\_\_

Il Direttore sovraordinato,

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

**VALUTAZIONE FINALE**

*(da compilare al termine del processo di valutazione)*

**CALCOLO PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO**

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

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

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

Colloquio di valutazione finale con il valutato è stato effettuato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma del valutatore \_\_\_\_\_

Firma del valutato \_\_\_\_\_

**AREA A** - peso 60/100

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

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

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

*Punteggio area A*

**0,00**

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

**AREA B** - peso 25/100

<b>Comportamenti generali</b>					
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
<b>Competenze professionali e manageriali</b>					
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
<b>Competenze tecnico scientifiche</b>					
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)					
<i>Punteggio area B</i>					<b>0,00</b>

**AREA C - peso 15/100**

<b>Competenze manageriali specifiche</b>					
c.1 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANEIndica la capacità di individuare e valorizzare le specifiche competenze dei propri collaboratori e la capacità di differenziare i giudizi ai fini delle valutazioni, la gestione della conciliazione delle controversie in ambito di valutazione.	1	2	3	4	5
c.2 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALIIndica il grado di conoscenza delle linee strategiche aziendali e di partecipazione alla loro definizione attraverso contributi specifici.c.2.1. Esistenza di gestione organizzativa flessibile e congruente con la strategia aziendale.	1	2	3	4	5
c.3. GESTIONE DELLA LEADERSHIPIndica il grado di autorevolezza nel determinare un clima di collaborazione nel gruppo di lavoro (UOC/Macrostruttura); la capacità di prevenire e gestire eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della struttura che con le altre articolazioni aziendali.	1	2	3	4	5
<b>Punteggio area C</b>					<b>0,00</b>



## Scheda di valutazione anno \_\_\_\_\_

Area Dirigenza

Dirigenti con incarico *professional* o di Responsabile UOS

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

Assegnazione degli obiettivi in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del valutando \_\_\_\_\_

Firma del valutatore \_\_\_\_\_

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

- dato atto dell'avvenuta assegnazione degli obiettivi individuali annuali a cascata e del monitoraggio in itinere degli stessi;

- tenuto conto dei comportamenti generali, delle competenze professionali e della qualità del contributo del valutato alla performance dell'U.O.;

- vista l'allegata relazione individuale sull'attività svolta;

esprime la seguente

### VALUTAZIONE FINALE

*(da compilare al termine del processo di valutazione)*

#### PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

PUNTEGGIO AREA A) Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito	<b>0,00</b>
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali, competenze professionali, manageriali	<b>0,00</b>
PUNTEGGIO AREA C) Qualità del contributo alla performance generale della struttura	<b>0,00</b>
<b>TOTALE*</b>	<b>0,00</b>

*\* La valutazione è positiva se il punteggio è superiore o uguale a 40*

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

Colloquio di valutazione finale con il valutato è stato effettuato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del Responsabile UOS (solo per la Dirigenza Professional) \_\_\_\_\_

Timbro e firma del valutatore \_\_\_\_\_

Firma del valutato \_\_\_\_\_

**AREA A - peso 55/100**

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

Descrizione degli obiettivi assegnati e definizione del valore atteso (indicare da 1 a max 3 obiettivi)	Peso obiettivo*	% ragg. obiettivo	Punteggio
a.1			0
a.2			0
a.3			0
<b>Punteggio area A</b>			<b>0,00</b>

(\* ) ATTENZIONE: il totale dei pesi degli obiettivi a.1, a.2 e a.3 deve essere uguale al peso area A

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

**AREA B - peso 30/100**

**Comportamenti generali**

<b>b.1 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b> Indica la capacità di programmare le attività dell'U.O. in funzione dei bisogni degli utenti e per la soddisfazione delle loro esigenze	1	2	3	4	5
<b>b.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA'</b> Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto degli impegni assunti.	1	2	3	4	5
<b>b.3 FLESSIBILITA'</b> Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o delle direttive aziendali	1	2	3	4	5
<b>b.4 SVILUPPO PROFESSIONALE</b> Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso una costante attività di aggiornamento e la condivisione delle conoscenze nel gruppo di lavoro	1	2	3	4	5
<b>b.5 RELAZIONI CON I COLLEGHI</b> Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'Unità Operativa	1	2	3	4	5

**Competenze professionali e manageriali**

<b>b.6 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA</b> Indica la capacità di costruire piani di lavoro integrati multi professionali, anche con le altre UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio.	1	2	3	4	5
<b>b.7 CAPACITA' DI INNOVAZIONE</b> Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
<b>b.8 AUTONOMIA E RESPONSABILITA'</b> Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta	1	2	3	4	5
<b>b.9 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE</b> b. 9.1. Per i Responsabili U.O.S.:Capacità di individuare le specifiche competenze dei propri collaboratori, di valorizzarle attraverso l'attribuzione di specifici compiti e obiettivi, nonché di differenziare i giudizi ai fini delle valutazioni. b.9.2 Per la Dirigenza professional:capacità di individuare e valorizzare le specifiche competenze dei propri collaboratori.	1	2	3	4	5
<b>b. 10 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI</b> Indica il grado di conoscenza delle linee strategiche aziendali e di partecipazione alla loro definizione attraverso contributi specifici	1	2	3	4	5
<b>b. 11 GESTIONE DELLE RELAZIONI INTERNE AL GRUPPO DI LAVORO</b> Indica il grado di autorevolezza nel determinare un clima relazionale di collaborazione nell'U.O.	1	2	3	4	5
<b>b. 12 GESTIONE DEI CONFLITTI</b> Indica la capacità di prevenire e gestire gli eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della struttura che con altre strutture	1	2	3	4	5

**Punteggio area B**

**0,00**

**AREA C - peso 15/100**

<b>Qualità del contributo alla performance generale della struttura</b>					
<b>c.1 CONTRIBUTO AL CICLO DELLA PERFORMANCE</b> Indica il grado di responsabilità nella programmazione e gestione degli obiettivi annuali assegnati all'Unità Operativa	1	2	3	4	5
<b>c. 2 CONTRIBUTI AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</b> Indica il grado di partecipazione e coordinamento del processo di sviluppo e miglioramento delle attività dell'unità operativa	1	2	3	4	5
<b>c. 3 CONTRIBUTO PROFESSIONALE</b> Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio	1	2	3	4	5
<i>Punteggio area C</i>					<b>0,00</b>

"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
<b>TOTALE*</b>	<b>0</b>

\* La valutazione è positiva se il punteggio è superiore o uguale a 21

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

--

Colloquio di valutazione finale con il valutato è stato effettuato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma del Responsabile UOS \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Direttore UOC/Macrostruttura \_\_\_\_\_

Firma del valutato \_\_\_\_\_

**AREA A - peso 30/100**

**Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo**

Descrizione degli obiettivi assegnati e definizione del valore atteso	Peso obiettivo*	% ragg. obiettivo	Punteggio
a.1	0	0	0
a.2	0	0	0
a.3	0	0	0

*Punteggio area A*

**0,00**

(\*) ATTENZIONE: il totale dei pesi degli obiettivi a.1, a.2 e a.3 deve essere uguale al peso area A

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

**AREA B - peso 50/100**

**Comportamenti generali e competenze professionali**

<b>b.1 COMPETENZE TECNICHE PROFESSIONALI</b> Indica la capacità di svolgere la propria attività con competenza ed efficienza in relazione alla propria qualifica professionale.	1	2	3	4	5
<b>b.2 AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ</b> Indica il grado di autonomia nell'affrontare e risolvere i problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nell'agire il proprio ruolo.	1	2	3	4	5
<b>b.3 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b> Indica la capacità di formulare adeguate risposte e possibili soluzioni alle necessità e ai bisogni dell'utenza, programmando ed espletando la propria attività in funzione di quest'ultima	1	2	3	4	5
<b>b.4 RELAZIONE CON I COLLEGHI</b> Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
<b>b.5 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ</b> Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto agli impegni assunti.	1	2	3	4	5
<b>b.6 FLESSIBILITÀ</b> Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione o dei compiti.	1	2	3	4	5
<b>b.7 SVILUPPO PROFESSIONALE</b> Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso l'autoformazione e l'aggiornamento.	1	2	3	4	5
<b>b.8 RAPPORTO CON L'UTENZA</b> Indica il grado di cortesia e disponibilità nella risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5

*Punteggio area B*

**0,00**

**AREA C - peso 20/100**

<b>Qualità del contributo alla performance dell'Unità Operativa</b>					
<b>c.1 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</b> Indica il grado di partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento delle attività dell'unità operativa cui è assegnato	1	2	3	4	5
<b>c.2 CONTRIBUTO PROFESSIONALE</b> Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche messe in atto nella gestione delle attività di servizio	1	2	3	4	5
<i>Punteggio area C</i>				<b>0,00</b>	

**GLI OBIETTIVI OPERATIVI E  
LE SCHEDE DI BUDGET ANNO 2018**

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Coordinamento staff strategico						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	Sì (allegare manuale)	
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	Sì (allegare relazione)	
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	Sì (allegare relazione)	
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	Sì (allegare relazione)	
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%	
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	Sì (allegare relazione)	
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%	
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	Sì (allegare relazione)	
12	Relazione sulle attività degli uffici della Direzione Aziendale	12.1	Relazione sulle attività degli uffici della Direzione Aziendale	5	Sì (allegare relazione)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	5	100%	
4	Piano della performance	4.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Piano sulla performance" anno 2018	15	Sì (allegare documentazione)	
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	Sì (allegare documentazione)	
6	Relazione sulla performance aziendale	6.1	Proposta di delibera per l'adozione della "Relazione sulla Performance" anno 2017	15	Sì (allegare documentazione)	
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	Sì (allegare documentazione)	
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	10	Sì (allegare report)	
		6.2	Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento	15	Sì (allegare relazione)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	5	100%	
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	Sì (allegare report)	
		4.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	Sì (allegare documentazione)	
		4.3	N. procedure attivate per recupero crediti / N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite	5	100%	
		4.4	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	Sì (allegare report)	
		4.5	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai Legali con adozione delle relative determine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	Sì (allegare documentazione)	
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	Sì (allegare report)	
		5.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento.	5	Sì (allegare documentazione)	
		5.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	Sì (allegare documentazione)	
		5.4	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai legali con adozione delle relative determine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	Sì (allegare documentazione)	
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%	
		6.2	Gestione liquidazione franchigia: N. totale liquidazioni effettuate in franchigia / N. di sinistri da liquidare in franchigia	5	> 80%	
		6.3	Procedure denunce sinistri: N. Polizza gestite/N. procedure avviate	5	> 80%	
7	Monitoraggio delle attività relative alle sanzioni	7.3	Produzione di report direzionale delle attività relative alle sanzioni	5	Sì (allegare report)	
8	Regolamentazione tariffe per compensi legali	8.1	Redazione del regolamento sulle tariffe da applicare agli avvocati esterni	5	Sì (allegare regolamento)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	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)	
5	Organizzazione eventi formativi destinati agli Psicologi dell'ASP	5.1	N. eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia	15	>=1	
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/formativi/di educazione terapeutica" per pazienti minorenni e giovani adulti con diabete mellito e per familiari e care giver	15	Rilevazione (allegare report)	
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)	
		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)	
		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)	
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	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	
4	Audit sulla sicurezza antincendio nei strutture specialistiche ambulatoriali di sup. 500-1000 mq	4.1	Numero di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. 500-1000 mq in cui si sono completati gli audit / Numero complessivo di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. 500-1000 mq	30	>=80% (allegare report audit)	
5	Audit sulla sicurezza antincendio nei strutture specialistiche ambulatoriali di sup. > 1000 mq	5.1	Numero di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. >1000 mq in cui si sono completati gli audit / Numero complessivo di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. >1000 mq	30	>=80% (allegare report audit)	
6	Monitoraggi ambientali per rischio chimico	6.1	Numero di laboratori di analisi chimico cliniche in cui si effettua il monitoraggio delle concentrazioni gas aerodispersi / Numero complessivo di laboratori di analisi chimico cliniche	10	>=80%	
7	Obiettivi di Salute e funzionamento delle Aziende sanitarie 2016-2017- Obiettivo n. 9 Piano attuativo aziendale Area 2 Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti: Valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero	7.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo secondo il programma stabilito dall'Assessorato della Salute	15	Si (allegare relazione)	
8	Miglioramento dell'uso delle risorse e diminuzione dei rischi per la salute degli operatori	8.1	Elaborazione di uno studio per l'allocazione ottimale di stampanti/fotocopiatrici multifunzione in rete che riguardi l'area direzionale e i dipartimenti amministrativi e almeno il 50% delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali - entro il 31/07/ 2017 (per la parte di competenza e di concerto con il Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico)	5	Si (allegare studio)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	
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%	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) Area PAC: I 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	5	100%	
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	
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	12	100%	
		5.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	11	100%	
		5.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	12	100%	
		5.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	12	100%	
		5.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	11	100%	
		5.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	11	100%	
		5.7	UOC HACCP - RSO	11	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
<i>Screening oncologici</i>						
4	Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	4.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	5	100%	
	Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma	4.2	Rilevazione quadrimestrale dell'indicatore: di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	N. 3	Si (allegare report)	
5	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	5.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	5	100%	
	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	Si (allegare report)	
6	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	6.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	5	100%	
	Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma	6.2	Rilevazione quadrimestrale dell'indicatore: N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3	Si (allegare report)	
7	Coinvolgimento e collaborazione dei MMG	7.1	N. di MMG coinvolti / N. MMG	4	>= 60%	
8	Riduzione inviti inesitati	8.1	N. inviti inesitati / N. totale di inviti	4	<= 2,5%	
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%	
<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	
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	

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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 %	
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%	
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%	
<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%	
17	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	17.1	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	5	100%	
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%	
		18.2	Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNCaM" (entro il 31 marzo 2018)	5	SI	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per le linee di competenza della UOC	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	---	---	
4	<i>Tutela Ambientale:</i> Riunioni "focalpoint"	4.1	N. Riunioni realizzate / N. di Riunioni programmate	15	3 / 3 (allegare documentazione delle riunioni)	
5	Monitoraggio condizioni igieniche nelle carceri	5.1	N. Case Circondariali verificate/ n° Case Circondariali	15	100%	
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%	
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%	
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%	
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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per le linee di competenza della UOC	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	---	---	
<i>Sicurezza Alimentare</i>						
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	
<i>Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018</i>						
<i>Contaminazione Microbiologica degli Alimenti - DDG 1308/2015 Allegato 1</i>						
5	Ristorazione (pubblica e privata)	5.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	10	231 / 231	
6	Allergeni - DDG 1541/2015	6.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	3 / 3	
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	
		7.2	N. punti vendita o centri cottura ispezionati / N. punti vendita o centri cottura da ispezionare	10	7 / 7	
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	
<i>Prodotti fitosanitari:</i>						
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	
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	
<i>Celiachia:</i>						
11	Rispetto Flusso informativo	11.1	Trasmissione flussi informativi entro il 31 marzo	5	SI	
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	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per le linee di competenza della UOC	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	---	---	
<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%	
5	Aziende Agricole	5.1	N. di aziende agricole ispezionate / N. di aziende agricole ispezionabili	20	100% (168/168)	
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)	
<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%	
<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%	
9	Controlli nei cantieri bonifica amianto	9.1	N. di controlli / N. Piani di Lavoro presentati	10	>= 5%	
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%	
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>	

\* 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
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%	
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%	
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	5	100%	
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%	
		4.2	<i>Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti</i>	10	≥ 1	
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%	
6	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	6.1	N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste	10	≥ 70%	
		6.2	N. verifiche impianti di terra effettuate / N. verifiche impianti di terra richieste	10	≥ 70%	
		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%	
		6.4	N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste	10	≥ 70%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento di Prevenzione: UOC Laboratorio medico di sanità pubblica</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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	5	100%	
<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, rideterminazione dei punti di monitoraggio ed acquisizione di tutte le informazioni propedeutiche alla predisposizione del provvedimento regionale di regolamentazione della stagione balneare 2018	10	SI (allegare relazione)	
<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%	
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%	
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%	
<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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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 (Reparti operatori)	4.1	N. Reparti operatori aziendali controllati / N. reparti operatori aziendali	30	12 / 12 (100%)	
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%)	
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)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Sanità animale Area A	20	100%	
		5.2	UOC Igiene e produzione di alimenti di origine animali e loro derivati Area B	20	100%	
		5.3	UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche Area C	20	100%	
		5.4	UOC Igiene urbana e lotta al randagismo	20	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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 Sanità animale (Area A)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	
4	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	4.1	N. aziende bovine e ovi caprine controllate/N. aziende bovine e ovi caprine controllabili	10	100% allegare anche elenco aziende	
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%	
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%	
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)	
		7.2	N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. aziende ovi-caprine controllabili	10	≥ 3% (allegare anche elenco aziende)	
8	Riduzione focolai della brucellosi bovina e ovi-caprina	8.1	Monitoraggio trimestrale dei focolai della brucellosi bovina e ovi-caprina	10	n.4 report di monitoraggio (allegare)	
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)	
10	Prevenzione delle zoonosi	10.1	Numero indagini epidemiologiche effettuate nell'anno 2018 / N. di segnalazioni ricevute nell'anno 2018	10	100%	
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%	



Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Sanità animale (Area A)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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)	
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)	
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	
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)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	
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)	
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)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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)	
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)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	20	Sì (allegare protocollo e relazione)	
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
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%	
		7.2	UOC Dipendenze Patologiche	5	100%	
		7.3	UOC - MODULO 1	5	100%	
		7.4	UOC - MODULO 2	5	100%	
		7.5	UOC - MODULO 3	5	100%	
		7.6	UOC - MODULO 4	5	100%	
		7.7	UOC - MODULO 5	5	100%	
		7.8	UOC - MODULO 6	5	100%	
		7.9	UOC - MODULO 7	5	100%	
		7.10	UOC - MODULO 8	5	100%	
		7.11	UOC - MODULO 9	5	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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)	
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)	
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	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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%	
		4.2	N. pz. con comorbidità infettiva presi in carico /N. pz. con comorbidità infettiva	30	>=90%	
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)	
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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. pazienti in terapia long acting su cui si applica il protocollo di misure proattive con l'uso della scheda di monitoraggio elaborata dal Dipartimento Salute mentale /N. pazienti in terapia long acting	30	≥ 90%	
		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%	
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	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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. pazienti in terapia long acting su cui si applica il protocollo di misure proattive con l'uso della scheda di monitoraggio elaborata dal Dipartimento Salute mentale /N. pazienti in terapia long acting	30	≥ 90%	
		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%	
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%	
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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. pazienti in terapia long acting su cui si applica il protocollo di misure proattive con l'uso della scheda di monitoraggio elaborata dal Dipartimento Salute mentale /N. pazienti in terapia long acting	30	≥ 90%	
		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%	
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	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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. pazienti in terapia long acting su cui si applica il protocollo di misure proattive con l'uso della scheda di monitoraggio elaborata dal Dipartimento Salute mentale /N. pazienti in terapia long acting	30	≥ 90%	
		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%	
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%	
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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. pazienti in terapia long acting su cui si applica il protocollo di misure proattive con l'uso della scheda di monitoraggio elaborata dal Dipartimento Salute mentale /N. pazienti in terapia long acting	40	≥ 90%	
		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%	
5	Produzione dei flussi informativi	5.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>80</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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. pazienti in terapia long acting su cui si applica il protocollo di misure proattive con l'uso della scheda di monitoraggio elaborata dal Dipartimento Salute mentale /N. pazienti in terapia long acting	30	≥ 90%	
		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%	
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%	
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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. pazienti in terapia long acting su cui si applica il protocollo di misure proattive con l'uso della scheda di monitoraggio elaborata dal Dipartimento Salute mentale /N. pazienti in terapia long acting	30	≥ 90%	
		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%	
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	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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. pazienti in terapia long acting su cui si applica il protocollo di misure proattive con l'uso della scheda di monitoraggio elaborata dal Dipartimento Salute mentale /N. pazienti in terapia long acting	30	≥ 90%	
		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%	
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	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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. pazienti in terapia long acting su cui si applica il protocollo di misure proattive con l'uso della scheda di monitoraggio elaborata dal Dipartimento Salute mentale /N. pazienti in terapia long acting	30	≥ 90%	
		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%	
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	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	
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	3	Si (allegare documento)	
		5.2	Organizzazione delle agende dei centri di erogazione di primo livello ai fini del raggiungimento del 100% dell'estensione	3	Si (allegare relazione)	
		5.3	Attività di screening nei giorni di sabato (>=1 volta/mese per Distretto/PTA)	3	Si (allegare relazione)	
		5.4	Attività di screening su camper (>=10 tappe/anno)	3	Si (allegare relazione)	
		5.5	N. pazienti che eseguono colposcopia entro 45 giorni dall'evidenza sul software dell'esito positivo / N. pazienti che hanno effettuato la colposcopia nella data proposta	3	>=80% (allegare report)	
6	Programma Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso 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)	5	Si (allegare relazione)	
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	5	100% (allegare report per ogni punto nascita )	

### Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
8	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	8.1	<p><i>Monitoraggio e realizzazione degli interventi finalizzati al raggiungimento dei valori obiettivi relativi a:</i></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): Numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN. (per le specifiche dell'obiettivo si rimanda alle schede obiettivo)</p>	10	Si (allegare relazione)	
9	Psicologia delle adozioni	9.1	Realizzazione di un percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali	5	Si (allegare relazione)	
		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	5	>=60%	
10	Fisiopatologia della riproduzione	10.1	N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio	5	>= 90%	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
12	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	12.1	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	5	100%	
		12.2	UOC Pediatria - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	5	100%	
		12.3	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	5	100%	
		12.4	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	5	100%	
		12.5	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.Ingrassia-Palermo - DO PA3	5	100%	
		12.6	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	5	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	Sì (allegare documento)	
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%	
6	Monitoraggio procedura aziendale 28/8/2014 "percorso nascita ASP Palermo": procedure per l'esecuzione ecografie ostetriche previste dal D.M.	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	
		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%	
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%	
		7.2	N. colloqui sociali con rilevazione di indicatori di violenza di genere / N. colloqui sociali effettuati	15	>=50%	
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì (Allegare report)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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	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)	
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)	
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	
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)	

<b>Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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)	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	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)	
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)	
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	
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)	

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

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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)	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	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)	
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)	
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	Sì (allegare report)	
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%	



**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
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)	
10	Produzione dei flussi informativi	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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 - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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)	
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)	
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%	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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)	
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)	
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%	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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)	
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)	
		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%	
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento Farmaceutico</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	25	Si (allegare report)	
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	30	Si (allegare relazione)	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Farmacie	5	100%	
		8.2	UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia	5	100%	
		8.3	UOC Distretto farmaceutico PA 1 con sede al P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	
		8.4	UOC Distretto farmaceutico PA 2 (UOC) con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento Farmaceutico: UOC Farmacie</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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%	
		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%	
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)	
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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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 a UOC Programmazione e Organizzazione attività di Cure Primarie	30	Si (12 Reports mensili e 4 reports trimestrali)	
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)	
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)	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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%	
		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%	
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)	
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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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%	
		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%	
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)	
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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
5	Screening oncologici	5.1	Redazione della procedura diagnostica dello screening del ca della cervice uterina	3	Sì (allegare documento)	
		5.2	Redazione della procedura diagnostica dello screening del tumore del colon retto	3	Sì (allegare documento)	
		5.3	N. di PAP test refertati entro 2 mesi/ N. di PAP test pervenuti	2	>=80%	
		5.4	N. di prelievi effettuati per HPV-DNA test / N. totale di prelievi di HPV-DNA pervenuti	2	Rilevazione (riportare dato)	
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	Sì (allegare documento)	
7	Tempi di attesa	7.1	Monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di quelle richieste dalle UU.OO. di degenza e di Pronto soccorso stabiliti nell'anno 2017 con individuazione delle eventuali criticità e conseguenti azioni correttive	5	Sì (allegare relazione)	
8	Controllo qualità acque potabili	8.1	Monitoraggio dei parametri accreditati per le acque potabili destinate al consumo umano	5	Sì (allegare report)	
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
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	10	100%	
		10.2	UOC Patologia Clinica - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	10	100%	
		10.3	UOC Patologia Clinica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	10	100%	
		10.4	UOC Anatomia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	10	100%	
		10.5	UUOC Medicina Trasfusionale c/o P.O. "Nuovo" di Cefalù	10	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Patologia Clinica - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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)	
		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)	
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)	
		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)	
		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)	
6	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IP SG.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%	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio</b> <b>UOC Patologia Clinica - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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)	
		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)	
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)	
		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)	
		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)	
6	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IP SG.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%	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Patologia Clinica - DO3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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)	
		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)	
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)	
		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)	
		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)	
6	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IP SG.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%	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Anatomia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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 della UOC 'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	25	Si (allegare documento)	
		4.2	N. casi oncologici refertati entro 20 gg dall'arrivo del campione / N. totale casi oncologici refertati	20	>=90%	
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)	
		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)	
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Medicina Trasfusionale c/o P.O. "Nuovo" di Cefalù</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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)	
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)	
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)	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	
5	Screening oncologico relativo al tumore della mammella	5.1	Elaborazione di documento del percorso dello screening mammografico	5	Si (allegare documento)	
		5.2	Organizzazione delle agende dei centri di erogazione di primo livello ai fini del raggiungimento del 100% di estensione	5	Si (allegare report)	
		5.3	Attività di screening nei giorni di sabato (1 volta/mese per centro)	5	Si (allegare report)	
		5.4	Attività di screening su camper (>=10 tappe/anno)	5	Si (allegare report)	
		5.5	N. approfondimenti non invasivi / N. di mammografie eseguite	5	Rilevazione (allegare report)	
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	25	Si (allegare report)	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Radiodiagnostica + TAC e RM - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	10	100%	
		8.2	UOC Radiodiagnostica + TAC - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	10	100%	
		8.3	UOC Radiodiagnostica + TAC e RM - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	10	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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 refertate 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)	
		4.2	N. prestazioni ambulatoriali refertate 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)	
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)	
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%	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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 refertate 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)	
		4.2	N. prestazioni ambulatoriali refertate 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)	
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)	
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%	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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 refertate 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)	
		4.2	N. prestazioni ambulatoriali refertate 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)	
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)	
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%	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	30	Si (allegare report)	
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%	
		6.2	UOC Anestesia e rianimazione - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	20	100%	
		6.3	UOC Anestesia e rianimazione - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	20	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	
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]	
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)	
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	Sì (allegare report)	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	
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]	
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)	
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)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>nessun adempimento previsto</i>	--	--	
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] <u>FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DI SALA OPERATORIA (relazionare).</u>	
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)	
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	Sì (allegare report)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento della Programmazione e della Organizzazione delle Attività Territoriali e dell'integrazione Socio-Sanitaria: UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	20	Si (allegare report)	
		5.2	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione alle strutture destinatarie e all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	20	Si (allegare relazione)	
		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)	
6	Prescrizioni dematerializzate	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 invianti 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)	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	25	≥80%	
6	Miglioramento della tempestività di risposte nell'attività del Collegio Medico	6.1	N. giudizi collegiali inoltrati all'Ente committente entro 20 gg dall'effettuazione della visita/N. totale richieste pervenute	25	≥80%	
		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	30	≥85%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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%	
		5.2	N. pazienti con presa in carico territoriale / N. pazienti segnalati per dimissione protetta dagli Uffici territoriali	10	≥ 70%	
		5.3	N. Uffici territoriali con procedura informatizzata di trasmissione della segnalazione di dimissione protetta / N. Uffici territoriali	10	≥ 9/14	
		5.4	N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2018 / dato medio biennio 2016/2017	15	≥ 95%	
6	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure residenziali e nel percorso di continuità assistenziale RSA – territorio-	6.1	N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani	15	≥ 35%	
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	Sì (allegare documento)	
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere: UOC Ospedalità pubblica</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico, Direzioni Mediche di P.O. e UU.OO. CC. di Ortopedia e traumatologia)	
		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	Sì (Inviare dati di monitoraggio secondo tempistica richiesta da UOC Coordinamento Staff Strategico e U.O. Qualità)	
6	Programma Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	6.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) /N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo (secondo protocollo di riferimento PNE)	10	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico e al Dipartimento salute donna e bambino)	

<b>Dipartimento della Programmazione, Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere: UOC Ospedalità pubblica</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
7	Programma Nazionale Esiti: Proporzione 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)	10	Sì (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 )	
8	Programma Nazionale Esiti: Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.	8.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: 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)	10	Sì (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)	
9	Programma Nazionale Esiti: Proporzione 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, a Direzioni Mediche di Presidio e UU.OO. CC.di Chirurgia Generale)	
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%	
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	Sì (allegare report) N. B.: in caso di mancata segnalazione da Assessorato della salute il peso verrà comunque attribuito	
12	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti</i>	5	100%	
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	
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)	N. 10	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	
		5.2	Monitoraggio trimestrale degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015	10	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	
6	Programma Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	6.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo (secondo protocollo di riferime PNE)	N. 10	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	
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 diagnosticati (secondo protocollo di riferimento PNE)	N. 10	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	

**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
8	Programma Nazionale Esiti: Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.	8.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: 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)	10	Sì (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	
9	Programma Nazionale Esiti: Proporzione 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)	
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%	
11	Produzione dei flussi informativi	9.1	Trasmissione dei flussi informativi ricevuti dalle Case di Cura private accreditate previo controllo logico-formale	5	Sì	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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.	40	≥ 80%	
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	35	≥ 50%	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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%	
		5.2	UOC Gestione Economica e Previdenziale	20	100%	
		5.3	UOC Trattamento Economico Personale convenzionato	20	100%	
		5.4	UOC Affari Generali e Convenzioni	20	100%	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	
4	Messa a regime del sistema rilevazione presenze	4.1	Completa implementazione del sistema informatico Messa a regime del sistema	10	Si	
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	
		5.2	Elaborazione Bozza di revisione del Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali	10	Si	
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%	
		6.2	N. dichiarazioni sostitutive pervenute /N. dipendenti del Comparto in part-time	15	100%	
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%	
8	Pubblicazione 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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	
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	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	20	20/20 = 100%	
		4.2	Rispetto alla tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	20	Si	
		4.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili con gli strumenti disponibili	15	100%	
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	
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	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	
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	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	20	20/20 = 100%	
		5.2	Rispetto alla tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	20	Si	
		5.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili con gli strumenti disponibili	20	100%	
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	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	
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	
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%	
		5.2	N. note predisposte per sostituzione personale SAS entro 15 gg. dalla ricezione delle richieste / N. richieste sostituzione personale SAS pervenute	30	100%	
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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
5	Informatizzazione della comunicazione interna (UOS Informatica aziendale)	5.1	Messa a regime del sistema di totale informatizzazione delle comunicazioni interne (protocollo interno)	15	Si (allegare report)	
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Bilancio e programmazione	10	100%	
		7.2	UOC Contabilità analitica e patrimonio	10	100%	
		7.3	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	10	100%	
		7.4	UOC Progettazione e manutenzione	10	100%	
		7.5	UOC Provveditorato	10	100%	
		7.6	UOC Logistica e gestione servizi esternalizzati	10	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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)	
		4.2	Trasmissione del modello SP alla Direzione aziendale almeno 5 giorni prima della scadenza prevista dalle normative vigenti.	20	Si (allegare report)	
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)	
		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)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello dipartimentale</i>	--	--	
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	Sì (allegare relazione)	
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	Sì (allegare report)	
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	Sì (allegare relazione)	
7	Gestione ed invio flusso CRIL	7.1	Redazione procedura per la gestione dell'anagrafica CRIL/CDC	15	Sì (allegare procedura)	
		7.2	Trasmissione del flusso aggiornato secondo indicazioni di modalità e tempistica del DDG n.2061 del 27/10/2016	15	Sì (allegare relazione)	
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	Sì (allegare relazione)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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%	
		4.2	Produzione di report e relazione semestrale per la Direzione Amministrativa sulle fatture non pagate nei tempi previsti dalla normativa	20	Si (allegare relazione)	
5	Incremento incasso sui crediti	5.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2017	15	> = 10%	
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 Getione e S.I.S..	15	Si (allegare report)	
7	Riorganizzazione del procedimento di liquidazione e pagamento delle fatture	7.1	Matrice delle responsabilità	10	Si (allegare report)	
			Sistema di monitoraggio attraverso scadenziario per settore liquidatore con evidenziazione dei ritardi	10	Si (allegare report)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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%	
		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%	
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 Managment.	20	>= 90%	
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)	
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>	

\* 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
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%	
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%	
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%	
		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%	
		4.3	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%	
5	Ricognizione 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)	
		5.2	Progettazione di attività di acquisto decentrate nel territorio	10	Si (allegare relazione)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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%	
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%	
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 (allegare procedura)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	15	≥ 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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)	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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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	Sì (allegare relazione)	

<b>Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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)	
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%	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	15	≥ 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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)	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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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	Sì (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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	Sì (allegare relazione)	
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%	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO )	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	15	≥ 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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)	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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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	Sì (allegare relazione)	



Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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	Sì (allegare relazione)	
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%	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	15	≥ 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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)	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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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	Sì (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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	Sì (allegare relazione)	
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%	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO )	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	15	≥ 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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)	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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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	Sì (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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	Sì (allegare relazione)	
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%	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	15	≥ 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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)	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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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	Sì (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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	Sì (allegare relazione)	
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%	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	15	≥ 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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)	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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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	Sì (allegare relazione)	



Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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	Sì (allegare relazione)	
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%	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	15	≥ 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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)	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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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	Sì (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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	Sì (allegare relazione)	
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%	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	15	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	15	≥ 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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)	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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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	Sì (allegare relazione)	

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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)	
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%	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2017 *	V.R. 2017
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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 )	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti Poliambulatorio Centro	10	≥ 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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)	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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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)	

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2017 *	V.R. 2017
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	Sì (allegare relazione)	
10	Ambulatori infermieristici	10.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici	10	Sì (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	
11	Produzione dei flussi informativi	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
12	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	12.1	UOC PTA "Biondo"	5	100%	
		12.2	UOC PTA "Casa del Sole"	5	100%	
		12.3	UOC PTA "E. Albanese"	5	100%	
		12.4	UOC PTA "Guadagna"	5	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Biondo"</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2017 *</b>	<b>V.R. 2017</b>
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%	
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%	
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 )	
5	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	20	>= 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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%	
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)	
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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



<b>Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Casa del Sole"</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2017 *</b>	<b>V.R. 2017</b>
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%	
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%	
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 )	
5	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	20	>= 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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%	
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)	
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "E. Albanese"</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2017 *</b>	<b>V.R. 2017</b>
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%	
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%	
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 )	
5	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	20	>= 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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%	
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)	
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Guadagna"</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2017 *</b>	<b>V.R. 2017</b>
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%	
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%	
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 )	
5	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori previsti i dalla procedura aziendale "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco" PR029DIR017 00 del 19/02/2016 /N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dipendenti	20	>= 80% ( monitoraggio semestrale con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	
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 "Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco"	
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%	
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)	
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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)	
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)	
		5.2	Progettazione di attività di acquisto decentrate nel territorio	25	Si (allegare relazione)	
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	5	Si (allegare relazione)	
		6.2	Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio: - Unico registro di blocco operatorio - Unico magazzino di blocco operatorio	5	Si (allegare relazione)	
		6.3	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	5	Si (allegare relazione)	
		6.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	5	Si (allegare relazione)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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)	
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)	
		5.2	Progettazione di attività di acquisto decentrate nel territorio	25	Si (allegare relazione)	
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	5	Si (allegare relazione)	
		6.2	Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio: - Unico registro di blocco operatorio - Unico magazzino di blocco operatorio	5	Si (allegare relazione)	
		6.3	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	5	Si (allegare relazione)	
		6.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	5	Si (allegare relazione)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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)	
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)	
		5.2	Progettazione di attività di acquisto decentrate nel territorio	25	Si (allegare relazione)	
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	5	Si (allegare relazione)	
		6.2	Informatizzazione e riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio: - Unico registro di blocco operatorio - Unico magazzino di blocco operatorio	5	Si (allegare relazione)	
		6.3	Informatizzazione della comunicazione interna: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	5	Si (allegare relazione)	
		6.4	Work flow e dematerializzazione delle presenze / assenze: - Implementazione del sistema nella propria macrostruttura	5	Si (allegare relazione)	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	20	Sì (allegare report)	
7	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%)	20	Sì (allegare report)	
7	Sorveglianza delle infezioni ospedaliere	7.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo	35	Sì (allegare relazione)	
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
4	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	4.1	Applicazione della procedura aziendale con monitoraggio semestrale degli indicatori previsti	15	Si (allegare report)	
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%	
		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%	
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%	
		6.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	>=90%	
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)	
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)	
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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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



<b>Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Cardiologia-UTIC</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
4	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	4.1	Applicazione della procedura aziendale con monitoraggio degli indicatori previsti	20	Sì (allegare report)	
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%	
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	Sì (allegare relazione)	
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	Sì (allegare report)	
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 informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Chirurgia generale</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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 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]	
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	Sì (allegare relazione)	
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	Sì (allegare report)	
7	Misurazione della qualità percepita	7.1	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	20	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
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	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	15	Si (Inviare report a Direzione medica di P.O. e UOC Ospedalità Pubblica secondo tempi richiesti)	
		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	> 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]	
		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%	
		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%	
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)	

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
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)	
7	Misurazione della qualità percepita	7.1	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%	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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%)	35	Si (allegare report)	
7	Sorveglianza delle infezioni ospedaliere	7.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo	40	Si (allegare relazione)	
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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

<b>Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOC Medicina Interna</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
4	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	4.1	Applicazione della procedura aziendale con monitoraggio semestrale degli indicatori previsti	15	Sì (allegare report)	
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%	
		5.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	15	> =90%	
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	Sì (allegare relazione)	
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	Sì (allegare report)	
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 informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone UOC Chirurgia Generale</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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	> 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]	
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)	
6	Implementazione Clinico-Organizzativa Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia" (DDG+DIPG00 Prot. n. 4214/DSA del	6.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	25	Si (allegare report)	
7	Misurazione della qualità percepita	7.1	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	20	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	20	Sì (allegare report)	
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%)	20	Sì (allegare report)	
7	Sorveglianza delle infezioni ospedaliere	7.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo	35	Sì (allegare relazione)	
8	Produzione dei flussi informativi	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
4	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	4.1	Applicazione della procedura aziendale con monitoraggio semestrale degli indicatori previsti	15	Si (allegare report)	
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%	
		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%	
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%	
		6.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	> =90%	
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)	
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)	
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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	> 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]	
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)	
6	Sperimentazione Clinico-Organizzativa " Percorso assistenziale NEWS (National early warning score) - Misurazione standardizzata della gravità della malattia"	6.1	Monitoraggio del percorso assistenziale secondo gli indicatori previsti	25	Si (allegare report)	
7	Misurazione della qualità percepita	7.1	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	20	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
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)	
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)	
7	Misurazione della qualità percepita	7.1	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	30	100%	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
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	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 (Inviare report a Direzione medica di P.O. e UOC Ospedalità Pubblica secondo tempi richiesti)	
		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 AGENAS)	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]	
		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%	
		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%	
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)	
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)	
7	Misurazione della qualità percepita	7.1	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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
5	Sorveglianza delle infezioni ospedaliere	5.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo	75	Si (allegare relazione)	
6	Produzione dei flussi informativi	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
4	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	4.1	Applicazione della procedura aziendale con monitoraggio semestrale degli indicatori previsti	15	Si (allegare report)	
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%	
		5.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	15	> =90%	
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)	
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)	
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 informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOC Direzione Sanitaria</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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	5	100%	
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	
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	20	Sì (allegare report)	
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 Sopraslivellamento 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%)	15	Sì (allegare report)	
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%)	20	Sì (allegare report)	
8	Sorveglianza delle infezioni ospedaliere	8.1	Realizzazione delle attività relative all'obiettivo	20	Sì (allegare relazione)	
9	Produzione dei flussi informativi	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
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	Sì (allegare documento)	
		4.2	Elaborazione di piano di ripartizione, fra i centri individuati, delle colonscopie e delle attività connesse, finalizzato alla copertura del tasso di estensione e adesione previsto	20	Sì (allegare documento)	
		4.3	N. pazienti che effettuano la colonscopia entro 60 gg dalla comunicazione del risultato positivo del SOF test /N. pazienti che hanno effettuato la colonscopia nella data proposta	15	>=75%	
		4.4	Rilevazione dell'indicatore: N. di colonscopie con raggiungimento del cieco/ N. di colonscopie eseguite	15	Rilevazione	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
4	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	4.1	Applicazione della procedura aziendale con monitoraggio semestrale degli indicatori previsti	15	Si (allegare report)	
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%	
		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%	
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%	
		6.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	> =90%	
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)	
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)	
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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia-UTIC</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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 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]	
5	Programma Nazionale Esiti: Proporzioni di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.	5.1	Proporzioni 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]	
6	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	6.1	Applicazione della procedura aziendale con monitoraggio semestrale degli indicatori previsti	10	Sì (allegare report)	

<b>Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia-UTIC</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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	Sì (allegare relazione)	
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	Sì (allegare report)	
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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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 Geriatria						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2018 *	V.R. 2018
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
4	Gestione ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco secondo Procedura aziendale PR029DIR01700 del 17/2/2016	4.1	Applicazione della procedura aziendale con monitoraggio semestrale degli indicatori previsti	15	Si (allegare Report)	
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. 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%	
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%	
		6.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata /N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	15	> =90%	
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)	
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)	
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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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

<b>Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo UOC Chirurgia generale</b>						
<b>N. OBTV</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. IND.</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PESO</b>	<b>V.A. 2018 *</b>	<b>V.R. 2018</b>
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%	
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%	
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	> 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]	
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	Sì (allegare relazione)	
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	Sì (allegare report)	
7	Misurazione della qualità percepita	7.1	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	20	100%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
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	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 (Inviare report a Direzione medica di P.O. e UOC Ospedalità Pubblica secondo tempi richiesti)	
		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	> 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]	
		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%	
		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%	
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)	
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)	
7	Misurazione della qualità percepita	7.1	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%	
<b>totale peso</b>				<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
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)	
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)	
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	15	100%	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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
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%	
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%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	<i>obiettivo assegnato a livello di Presidio Ospedaliero</i>	--	--	
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 nei PP.OO. Aziendali per i quali si è ricevuta richiesta di valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Proogetto riabilitativo	30	> 90%	
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)	
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	30	100%	
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* 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