



# **Relazione sulla performance Anno 2020**

Elaborata dalla UOC Programmazione Controllo di Gestione

## INDICE

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| <b>1.</b> | <b>PRESENTAZIONE .....</b>  | <b>3</b>   |
| <b>2.</b> | <b>SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI .....</b>                                   | <b>5</b>   |
| 2.1.      | EMERGENZA COVID .....   | 11         |
| <b>3.</b> | <b>ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE .....</b>   | <b>14</b>  |
| 3.1.      | IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO .....  | 14         |
| 3.1.1.    | <i>Le dinamiche nazionali e regionali e le ripercussioni interne.....</i>                 | <i>14</i>  |
| 3.1.2.    | <i>La Popolazione nel territorio dell'ASP di Palermo.....</i>                             | <i>17</i>  |
| 3.1.3.    | <i>Elementi socio-economici ed epidemiologici .....</i>                                   | <i>20</i>  |
| 3.2.      | L'AMMINISTRAZIONE: CENNI GENERALI SULL'ASP DI PALERMO .....                               | 24         |
| 3.3.      | LE RISORSE UMANE .....  | 33         |
| 3.3.1.    | <i>ANALISI DI GENERE .....</i>  | <i>35</i>  |
| 3.4.      | LE RISORSE FINANZIARIE .....  | 38         |
| 3.5.      | PARI OPPORTUNITÀ, BENESSERE ORGANIZZATIVO E LE ATTIVITÀ DEL CUG .....                     | 41         |
| 3.6.      | LE ATTIVITÀ DELL'URP.....   | 43         |
| <b>4.</b> | <b>MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....</b>                     | <b>45</b>  |
| 4.1.      | LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2020-2022 ..... | 45         |
| 4.2.      | LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2020: OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI (TARGET 2020) .....      | 45         |
| 4.3.      | LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2020- OBIETTIVI ANNUALI 2020 PER STRUTTURA.....              | 72         |
| 4.4.      | LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA.....   | 76         |
| <b>5.</b> | <b>MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE .....</b>                      | <b>99</b>  |
| 5.1.      | IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE .....                             | 99         |
| 5.2.      | GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE .....  | 102        |
| <b>6.</b> | <b>PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....</b>   | <b>104</b> |

**ALLEGATO 1 - DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA**

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

**ALLEGATO 3 - LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE**



## 1. PRESENTAZIONE

La relazione sulla Performance, prevista dal Decreto Legislativo n.150/09, è lo strumento attraverso il quale l’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo illustra in maniera esemplificativa a tutti gli utenti e gli stakeholder, i principali risultati di gestione conseguiti, le performance delle singole strutture ottenute nell’anno 2020 rispetto ai singoli obiettivi programmati (ed esplicitati sul “Piano della Performance 2020-2022”) e le risorse a disposizione, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

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

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

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

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

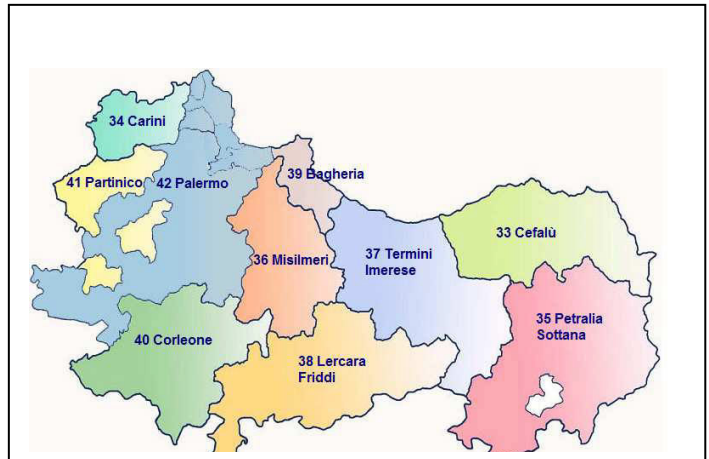
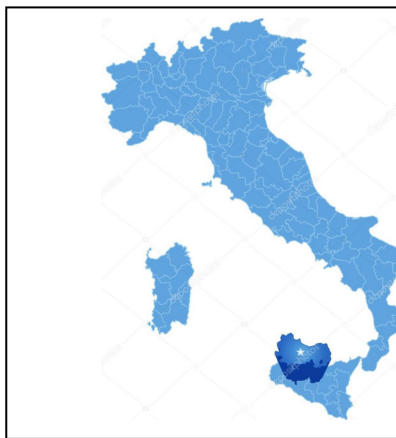
Rispetto agli anni precedenti questa Relazione non può non fare conto dell’anomala situazione che si è venuta a creare fin dai primi mesi dell’anno con l’inizio della pandemia per Covid 19. La presenza del virus



ha inevitabilmente “stravolto” tutta l’Organizzazione Aziendale e tutte le esigenze primarie di salute della popolazione, aggravando ulteriormente le condizioni già precarie di una fetta di popolazione cosiddetta “fragile”.

*Nota Bene : “ Eventuali revisioni del presente documento potranno rendersi necessarie a seguito di modifiche di norme e/o adeguamenti rispetto alla programmazione nazionale, regionale, aziendale”.*

## 2. SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI



**UTENTI: 1.249.822** residenti nella provincia di Palermo e nelle isole di Lampedusa e Linosa

**PERSONALE: 4.824** dipendenti a tempo indeterminato e determinato

**RISORSE FINANZIARIE: € 2 MILIARDI** circa

**OSPEDALI: 6**

**DISTRETTI SANITARI: 10** per l'assistenza territoriale

**Alcuni risultati  
del 2020**

SCREENING ONCOLOGICI  
ASP PALERMO



### Screening del cervicocarcinoma

|  |           |       |      |
|--|-----------|-------|------|
| Invitare la popolazione target               | Anno 2019 | 100%  | 100% |
|  | Anno 2020 | 100%  |      |
| Sottoporre a screening la popolazione target | Anno 2019 | 21%   | 50%  |
|  | Anno 2020 | 13.5% |      |

### Screening del tumore della mammella

|  |           |      |      |
|--|-----------|------|------|
| Invitare la popolazione target               | Anno 2019 | 100% | 100% |
|  | Anno 2020 | 100% |      |
| Sottoporre a screening la popolazione target | Anno 2019 | 43%  | 60%  |
|  | Anno 2020 | 25%  |      |

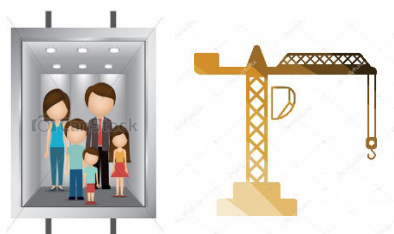
### Screening del tumore del colon retto

|  |           |      |      |
|--|-----------|------|------|
| Invitare la popolazione target               | Anno 2019 | 100% | 100% |
|  | Anno 2020 | 0.7% |      |
| Sottoporre a screening la popolazione target | Anno 2019 | 22%  | 50%  |
|  | Anno 2020 | n.v  |      |

## Vaccinazioni

|                        |                  |                              |                               |                        |                          |               |
|------------------------|------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|
| La copertura vaccinale | <b>Anno 2019</b> | <b>Pneumococco</b><br>92.22% | <b>Meningococco</b><br>82.95% | <b>Morbillo</b><br>93% | <b>Esavalente</b><br>94% | <b>92-95%</b> |
|                        | <b>Anno 2020</b> | 75.5%                        | 74.21%                        | 88.8%                  | 85.6%                    |               |

|                                |                  |                     |             |
|--------------------------------|------------------|---------------------|-------------|
| Le vaccinazioni internazionali | <b>Anno 2019</b> | <b>444/444=100%</b> | <b>100%</b> |
|                                | <b>Anno 2020</b> | <b>100/100=100%</b> |             |



## Verifiche su impianti e macchine

|   |                  |  |  |                                  |            |
|---|------------------|--|--|----------------------------------|------------|
| Le verifiche effettuate (rispetto alle richieste) | <b>Anno 2019</b> | <b>Ascensori</b><br>1.117/1.450<br>80% | <b>Imp."a terra"</b><br>171/192<br>89% | <b>Gru</b><br>1.023/1.133<br>90% | <b>75%</b> |
|   | <b>Anno 2020</b> | 1.037/1.300<br>83%                     | 136/160<br>85%                         | 847/1.091<br>78%                 |            |

|                                 |                  |                   |             |
|---------------------------------|------------------|-------------------|-------------|
| Verifiche riuniti odontoiatrici | <b>Anno 2019</b> | <b>15/15=100%</b> | <b>100%</b> |
|                                 | <b>Anno 2020</b> | <b>16/16=100%</b> |             |



## Salute mentale

|   |                  |           |            |
|---|------------------|-----------|------------|
| Presenza in carico entro 5 giorni dei pazienti con primo episodio psicotico | <b>Anno 2019</b> | 66/67=99% | <b>90%</b> |
|   | <b>Anno 2020</b> | 59/64=92% |            |

|   |                  |   |             |
|---|------------------|---|-------------|
| Individuazione pz. Con comorbidità psichiatrica e con comorbidità infettiva presso i SerT | <b>Anno 2019</b> | Comorbidità psych.583/583=100%<br>Comorbidità infett.610/620=98.39% | <b>100%</b> |
|   | <b>Anno 2020</b> | Comorbidità psych.802/802=100%<br>Comorbidità infett.454/467=97.2%  |             |



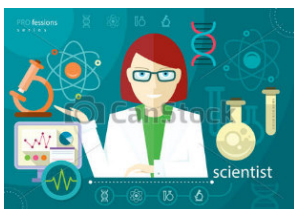
|  |                  |  |            |
|--|------------------|--|------------|
| N. casi di violenza di genere rilevati dai colloqui sociali o psicologici nei consultori familiari | <b>Anno 2019</b> | n.casi di violenza di genere dai colloqui psicologici = 1.625 (74%)<br>n.casi di violenza di genere dai colloqui sociali = 1.979 (72%) | <b>60%</b> |
|  | <b>Anno 2020</b> | n.casi di violenza di genere dai colloqui psicologici = 1.553 (91%)<br>n.casi di violenza di genere dai colloqui sociali = 875 (88%)   |            |





## Contenimento della spesa farmaceutica

|  |           |                   |     |
|--|-----------|-------------------|-----|
| Consegna 1° ciclo terapeutico a pazienti dimessi da ospedale | Anno 2019 | 2.390/2.792=85.6% | 80% |
|  | Anno 2020 | 2.311/2.799=82.6% |     |



## Apertura laboratori di analisi ospedalieri

|  |           |    |    |
|--|-----------|----|----|
| Apertura pomeridiana per consegna referti utenti esterni | Anno 2019 | SI | SI |
|  | Anno 2020 | SI |    |

## Referti oncologici

|  |           |              |     |
|--|-----------|--------------|-----|
| Casi oncologici refertati entro 20 gg. | Anno 2019 | 670/677=99%  | 90% |
|  | Anno 2020 | 666/666=100% |     |



## Disabilità e non autosufficienza

|   |           |        |   |
|---|-----------|--------|---|
| N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2019 | Anno 2019 | 16.548 | +5%<br>rispetto al dato medio 2017-2018 |
|   | Anno 2020 | 15.796 |   |



### Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

|  |           |        |          |
|--|-----------|--------|----------|
| Interventi effettuati entro<br>0-2 giorni dal ricovero | Anno 2019 | 56.58% | 60-94.3% |
|  | Anno 2020 | 59.51% |          |

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

|   |           |        |        |
|---|-----------|--------|--------|
| Parti cesarei di donne non<br>precesarizzate (cesarei<br>primari) | Anno 2019 | 26.62% | 15-26% |
|   | Anno 2020 | 23.21% |        |

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

|  |           |        |          |
|--|-----------|--------|----------|
| Proporzione di colecistectomia<br>laparoscopica con degenza<br>post-operatoria inferiore a 3<br>giorni | Anno 2019 | 83.66% | 70-95.3% |
|  | Anno 2020 | 79.07% |          |

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

|   |           |        |          |
|---|-----------|--------|----------|
| Proporzione di STEMI (infarto<br>miocardico con<br>sopraslivellamento del tratto<br>ST) trattati con angioplastica<br>coronarica percutanea<br>transluminale (PTCA) entro un<br>intervallo temporale di 0-1<br>giorno | Anno 2019 | 88.57% | 60-91.8% |
|   | Anno 2020 | 96.58% |          |



## 2.1. EMERGENZA COVID

L'anno 2020 è stato caratterizzato dalla "presenza" del Covid 19 che, vista la peculiarità della nostra Azienda, ha determinato non pochi disagi e problematiche. Le già esistenti criticità sono state acuite da esigenze eccezionali ed imprevedibili determinate dalla emergenza pandemica che ha generato un incremento del carico di lavoro da assolvere in tempi ristretti in aggiunta all'impegno e alle scadenze istituzionali ordinarie e durante la quale ci si è dovuti confrontare con una modalità di svolgimento della prestazione lavorativa del tutto nuova, quale quella relativa allo smart working. Pertanto, i risultati nell'anno 2020 sono da considerare conseguiti al massimo delle potenzialità delle risorse umane e degli strumenti disponibili.

In linea con le misure attuate dall'ASP di Palermo per far fronte all'emergenza pandemica, anche il Servizio Sociale si è posto diverse questioni chiave riguardo al proprio ruolo professionale, con l'intento di contribuire a contenere/contrastare i fenomeni connessi a tale situazione emergenziale. Partendo dall'analisi dei bisogni più immediatamente rilevabili, sia direttamente che attraverso il raccordo con i colleghi che operano nei diversi Servizi aziendali, sono emerse alcune evidenze: in primis la rilevazione di riduzione degli accessi, in area di emergenza, di casi riferibili ad atti di violenza e violenza domestica, la segnalazione di rischio di allontanamento arbitrario di soggetti minori e maggiorenni sottoposti a misure dell'Autorità Giudiziaria, ospiti in strutture del Distretto di Palermo.

La risposta è stata immediata attraverso le seguenti attività:

### 1) Questo numero è per Te

Il Servizio Sociale, in raccordo con il Centro Armonia, ha predisposto l'attivazione di un Servizio denominato "Questo numero è per Te", specificatamente rivolto alle donne vittime di violenza, le quali, nel periodo di emergenza sanitaria, hanno vissuto particolari condizioni quali, la convivenza forzata, l'instabilità socio-economica ed altre situazioni che hanno fatto registrare da un lato l'incremento dei rischi di violenza e contestualmente la maggiore difficoltà nel recarsi presso le strutture sanitarie di riferimento. Così tramite specifici recapiti dedicati della ASP (Numero verde, indirizzo mail, numero cellulare, messaggi whatsapp,...) si è realizzata la concreta possibilità "alternativa" di contattare direttamente le strutture sanitarie specializzate per tali problematiche, ricevendo un supporto di ascolto, informazione e qualsiasi altro intervento specifico richiesto dal singolo caso. Per dare la massima informazione del servizio "Questo numero è per Te", è stata richiesta la collaborazione di Confcommercio che ha coinvolto gli esercizi commerciali al momento aperti quali supermercati, farmacie, edicole e tabacchi, negozi, telefonia, librerie banche, uffici postali. L'attività, avviata dalla metà dello scorso mese di maggio, ha registrato un incremento del 20% rispetto alle chiamate che afferivano al Numero Verde dedicato.

### 2) Attivazione "Procedura" per richiesta supporto psico-sociale



Il Servizio Sociale, venuto a conoscenza del disagio segnalato dal Procuratore per i minorenni del Tribunale di Palermo circa il rischio di allontanamento arbitrario di soggetti minori e maggiorenni sottoposti a misure dell’Autorità Giudiziaria, si è adoperato anche con i consultori aziendali, predisponendo una procedura ad hoc per far fronte, per quanto possibile, a tale circostanza scaturita dall’eccezionalità della situazione emergenziale, nonché ai bisogni delle comunità ospitanti gli stessi minori. Nello specifico, è stata definita una modalità a distanza per supportare le predette persone minorenni/maggiorenni e gli operatori delle rispettive comunità che insistono sul territorio cittadino di Palermo, mettendo a disposizione un indirizzo mail dedicato, attraverso cui richiedere l’intervento che, successivamente, viene riscontrato opportunamente da equipe specialistica. Tale attività è stata caratterizzata da circa 200 chiamate, riguardanti il 40% soggetti minori, ospiti presso strutture di accoglienza.

3) Attività di umanizzazione in ospedale, in emergenza Covid 19 – Proposta intervento “Volo.....da Te”

Il Servizio Sociale, in accordo con il Direttore Sanitario di Presidio, in considerazione della necessità di relazionare specie per la situazione legata alla pandemia, ha proposto una specifica attività di umanizzazione destinata ai pazienti dei presidi ospedalieri del territorio cittadino “Ingrassia” e “Villa delle Ginestre”, ai quali assicurare le prestazioni urgenti e indifferibili, con la collaborazione del volontariato dell’Avulss, che ha espresso formale disponibilità allo stesso intervento in modalità a distanza, attraverso il contatto telefonico rendendo possibile per i pazienti una compagnia a distanza per una conversazione, la lettura di un giornale,... ovvero per accogliere e soddisfare specifiche richieste, quali piccole commissioni o altro.

4) Attività di umanizzazione al percorso nascita: “Vivere la nascita al tempo del Covid”

Il Servizio Sociale, tenendo conto che l’attuale emergenza sanitaria solleva problematiche anche relativamente all’organizzazione della rete perinatale e in particolare alla presenza della figura del papà prima e durante il parto, ha elaborato una proposta progettuale da realizzare presso i reparti di ostetricia e ginecologia dei presidi ospedalieri aziendali, in favore dell’accompagnamento al parto, rivolto ai genitori del nascituro, quali destinatari diretti, alle famiglie di origine e/o altre figure di riferimento, quali destinatari indiretti, nonché ai nuovi nati che in futuro potranno godere del racconto della propria nascita. Gli obiettivi si intendono perseguire attraverso la realizzazione di un sistema di telecamere a circuito chiuso e la predisposizione di una stanza riservata, dotata della strumentazione necessaria per consentire ai familiari di assistere e interagire con la partoriente durante tutto il percorso, dal travaglio alla nascita. A tal proposito, tra le diverse attività individuate per lo sviluppo del progetto, è stato predisposto il modulo inerente la liberatoria per la trasmissione delle immagini.

Infine è da sottolineare che la restrizione dell’accesso ai servizi di ricovero, ambulatoriali e di screening, non urgenti o differibili, causata dalla ingravescente diffusione dell’epidemia da Virus SARS COV 2, ha



determinato un eccessivo allungamento delle liste di attesa, compromettendo le prognosi dei pazienti affetti da patologie non COVID 19, e determinando un grave peggioramento dei principali indicatori di esito, costituendo una grave minaccia per il SSR. Per tale motivo, nonostante l'attuale recrudescenza del quadro epidemico, il recupero delle prestazioni non erogate ed appropriate rappresenta una priorità di salute pubblica che richiede l'individuazione di nuove strategie e l'attivazione di misure straordinarie, da integrare agli interventi già previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019 - 2021, ferma restando l'assoluta necessità di dover continuare a garantire, nel piano emergenziale di rimodulazione dell'offerta, la rigorosa applicazione di tutte le misure di prevenzione e controllo SARS-COV-2 previste dalle norme nazionali e regionali.



### 3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

#### 3.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

##### 3.1.1. LE DINAMICHE NAZIONALI E REGIONALI E LE RIPERCUSSIONI INTERNE

Il contesto esterno di riferimento nel settore sanità è stato ben delineato dal Rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) 2020 del quale si riportano di seguito sinteticamente alcune analisi.

Il Rapporto OASI 2020 è mutato con l'evolversi dell'epidemia durante i cicli di alta, bassa, media e poi nuovamente alta incidenza del Covid 19. Il Rapporto OASI2020 è suddiviso in tre grandi componenti:

- L'analisi delle dinamiche storiche del SSN, avviate nel 2008 dopo la crisi finanziaria e progressivamente consolidatesi fino agli inizi del 2020;
- Le grandi fratture generate dall'improvvisa emergenza Covid 19 a partire dal 21/02/20 con il ricovero del "paziente Uno (Mattia)" di Codogno,
- Le lezioni apprese durante la crisi e le priorità per le politiche future, pensando soprattutto alle ingenti risorse per investimenti legate ai fondi Next Generation EU.

Tra la crisi finanziaria del 2008 e la pandemia del 2020, il SSN ha costruito politiche sanitarie, finanziarie e di trasformazione degli assetti di *governance* di sistema piuttosto stabili nel tempo, configurandosi come vere e proprie dinamiche strutturali.

- La prima dinamica consolidata è stata l'endemico *sotto-finanziamento*, con la lenta e progressiva erosione del tasso di copertura pubblica (scesa la 74%) e con l'aumento dell'incidenza della spesa privata (26%).
- La seconda dinamica è stato il prevalere stabile delle *logiche di governo della spesa basate per tipologie di input*: varie tipologie di budget su personale, beni e servizi, farmaci, prestazioni da privato accreditato.
- La terza dinamica è stato il progressivo *consolidamento dei gruppi sanitari regionali*, considerati come sistemi unitari all'interno dei quali differenziare le vocazioni e le specializzazioni delle singole Aziende Sanitarie.
- La quarta caratteristica ha riguardato il dilatarsi dei confini esterni delle organizzazioni. Molte regioni si sono evolute verso una suddivisione in grandi Aziende Sanitarie, la cui dimensione media nazionale è di 500.000 abitanti. In realtà si tratta di una sempre maggiore integrazione tra ospedale e territorio.
- La quinta dinamica è stata la *progressiva concentrazione della casistica ospedaliera* assieme a un lento miglioramento degli esiti per le procedure e le specializzazioni medico-chirurgiche



trattate nell'ospedale per acuti. In Italia abbiamo un numero di posti letto ospedalieri che, nel confronto internazionale, è ormai contenuto e che difficilmente potrà essere ulteriormente ridotto.

- La sesta dinamica è stata la *sostanziale convergenza finanziaria delle regioni* verso il pareggio tra spesa e finanziamento sanitario, garantendo un pressochè perfetto equilibrio di bilancio, pur in presenza di una crescita zero delle risorse, in controtendenza con il resto dell'Europa.
- La settima dinamica è stata la costante *crescita dell'età media dei dipendenti* del SSN, circa 55 anni.
- L'ottava dinamica è stata la diffusione di *modelli regionali o aziendali per aggredire il problema emergente della cronicità*, provocando un netto spostamento dell'attività clinica da ricovero ad ambulatorio.

Nel 2020 arriva la pandemia da Covid 19 che ha generato delle "fratture" in alcune dinamiche consolidate del SSN. Infatti, per la prima volta dopo 10 anni, il SSN ha aumentato significativamente la propria spesa corrente: per il 2020 si stima un aumento di oltre 5 miliardi (pari al + 4.7% della spesa totale). Questo però si è avuto aumentando il debito pubblico che genera, inevitabilmente, incertezza sull'ammontare e sulla stabilità dell'aumento della spesa pubblica per il SSN di medio periodo, perché ovviamente, a regime, l'aumento di finanziamento non potrà essere finanziato stabilmente con un incremento del deficit statale. Tutto ciò porta comunque confusione in quanto, venendo trasformati i posti letto ordinari in posti letto Covid, così come molti altri setting erogativi, risulta indistinguibile quale spesa sia da attribuire al finanziamento ordinario e quale alle spese extra per Covid.

La seconda "frattura" è strettamente legata alla precedente. Infatti, dopo anni di costante contrazione degli organici, sono state avviate massicce campagne di reclutamento di personale medico e delle professioni sanitarie. Il Ministero della Salute ha rendicontato oltre 36.000 unità di personale sanitario assunte tra marzo ed ottobre, delle quali la metà a tempo indeterminato. Le USCA, che assistono a domicilio o da remoto i pazienti Covid, composte da giovani medici delle cure primarie, per la prima volta hanno visto l'utilizzo di contratti di lavoro da dipendenti nell'ambito della medicina generale; in questo però hanno prevalso logiche di emergenza e non una vera programmazione. La terza "frattura" riguarda la cultura di governo del SSN. Quest'ultimo è stato governato per alcuni mesi da una cultura organizzativa mission driven, guidata dal senso di urgenza, per cui sono stati attivati nuovi e veloci processi decisionali con l'aiuto anche di una migliore digitalizzazione dei processi stessi.

In quarto luogo, durante la prima ondata del Covid, nelle regioni più colpite, la geografia dei servizi, che di norma si evolve lentamente, è stata trasformata nel giro di poche settimane. A inizio aprile, in Lombardia, la regione più colpita dal virus, il 42% dei posti letto acuti era destinato ai pazienti Covid; a livello nazionale il dato era poco inferiore al 20%. La rete è stata poi riadattata al periodo di bassa



circolazione del virus nei mesi estivi e ritrasformata a ottobre con un'altra accelerazione del virus. Con la pandemia il Servizio Sanitario ha imparato a trasformare un reparto da una specialità all'altra in poco tempo, a riutilizzare come terapie intensive le sale operatorie, a suddividere i percorsi dei pazienti tra sporco e pulito in poco tempo, ad attivare le ricette dematerializzate, a spostare in digitale alcune visite specialistiche. Questa capacità di riordinare i servizi in poco tempo, purtroppo vissuta in un contesto drammatico e a costo di sforzi enormi da parte del personale, è una grande risorsa che il sistema ha mostrato di possedere. Una competenza che dovrebbe permettere, nel medio lungo periodo, di incrementare la capacità attuativa dei posizionamenti strategici pianificati.

Indipendentemente dalla pandemia, sappiamo che il SSN ed anche quello regionale è più in affanno nelle aree della cronicità, della riabilitazione e delle cure intermedie, aree in cui il bisogno è in aumento a causa della crescita costante dell'età media degli italiani. La percentuale dei pazienti cronici è pari al 38% della popolazione, di cui quelli pluri-patologici rappresentano il 21% della popolazione. Questi pazienti cronici complessi assorbono gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo sempre più i pazienti occasionali a rivolgersi al circuito a pagamento, anche se la situazione attuale è stata comunque stravolta dai noti avvenimenti.

Per quanto attiene la politica sanitaria regionale, nel 2019 e parzialmente nel 2020, sono state implementate le linee d'azione definite negli ultimi anni.

E' sempre un punto di riferimento il documento relativo agli "Obiettivi di Salute e Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2016-2017", assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, unitamente agli obiettivi Contrattuali Generali, volti alla efficacia e al miglioramento della qualità dei servizi, alla diminuzione dei tempi di attesa, al monitoraggio gli aspetti legati all'integrazione ospedale-territorio, etc..

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

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

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

Il Presidente della Regione ha nominato , con D.A. N° 2491 del 18/12/2018 ,la Dr.ssa Daniela Faraoni Direttore Generale dal 18/04/2019.

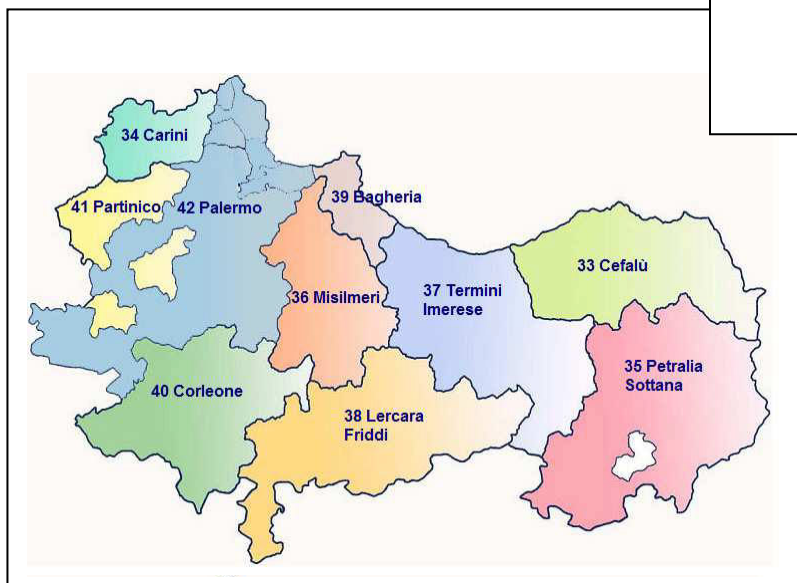




Il “sistema obiettivi “assegnato dall’Assessorato Regionale della Salute, è collegato anche nel 2020 in Azienda alle linee di sviluppo che si stanno implementando in relazione al D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, per la valutazione della performance.

### 3.1.2. LA POPOLAZIONE NEL TERRITORIO DELL’ASP DI PALERMO

La popolazione residente che fa capo all’ASP di Palermo è complessivamente pari a 1.249.822 (dato Istat 1.1.2020) di cui 6.494 residenti nelle isole Pelagie di Lampedusa e Linosa e la rimanente parte, pari a 1.243.328 ( divisi in 601.106 maschi e 642.222 femmine ) tutta popolazione residente a Palermo e Provincia, distribuita in 82 Comuni e 10 Distretti Sanitari.



POPOLAZIONE ALL' 01.01.2019 (Fonte: dati ISTAT)

| Comuni                  | Maschi | Femmine | Totale |
|-------------------------|--------|---------|--------|
| Alia                    | 1.673  | 1.837   | 3.510  |
| Alimena                 | 896    | 1.019   | 1.915  |
| Aliminusa               | 581    | 557     | 1.138  |
| Altavilla Milicia       | 4.189  | 4.187   | 8.376  |
| Altofonte               | 4.871  | 5.144   | 10.015 |
| Bagheria                | 26.625 | 27.995  | 54.620 |
| Balestrate              | 3.051  | 3.364   | 6.415  |
| Baucina                 | 962    | 953     | 1.915  |
| Belmonte Mezzagno       | 5.489  | 5.655   | 11.144 |
| Bisacchino              | 2.100  | 2.221   | 4.321  |
| Bolognetta              | 2.053  | 2.085   | 4.138  |
| Bompietro               | 602    | 693     | 1.295  |
| Borgetto                | 3.649  | 3.689   | 7.338  |
| Caccamo                 | 3.957  | 4.040   | 7.997  |
| Caltavuturo             | 1.833  | 1.935   | 3.768  |
| Campofelice di Fitalia  | 235    | 238     | 473    |
| Campofelice di Roccella | 3.787  | 3.880   | 7.667  |
| Campofiorito            | 593    | 616     | 1.209  |
| Camporeale              | 1.549  | 1.586   | 3.135  |
| Capaci                  | 5.686  | 5.891   | 11.577 |
| Carini                  | 19.465 | 19.720  | 39.185 |
| Castelbuono             | 4.159  | 4.326   | 8.485  |
| Casteldaccia            | 5.732  | 5.950   | 11.682 |
| Castellana Sicula       | 1.517  | 1.683   | 3.200  |
| Castronovo di Sicilia   | 1.416  | 1.528   | 2.944  |
| Cefalà Diana            | 497    | 500     | 997    |
| Cefalù                  | 6.887  | 7.268   | 14.155 |
| Cerda                   | 2.507  | 2.572   | 5.079  |
| Chiusa Sclafani         | 1.255  | 1.427   | 2.682  |
| Ciminna                 | 1.715  | 1.845   | 3.560  |
| Cinisi                  | 6.027  | 6.213   | 12.240 |
| Collesano               | 1.853  | 2.005   | 3.858  |
| Contessa Entellina      | 789    | 819     | 1.608  |
| Corleone                | 5.323  | 5.532   | 10.885 |
| Ficarazzi               | 6.416  | 6.634   | 13.050 |
| Gangi                   | 3.095  | 3.369   | 6.464  |
| Geraci Siculo           | 848    | 917     | 1.765  |
| Giardinello             | 1.146  | 1.160   | 2.306  |
| Giuliana                | 906    | 896     | 1.802  |
| Godrano                 | 557    | 565     | 1.122  |
| Gratteri                | 435    | 470     | 905    |

| Comuni                 | Maschi         | Femmine        | Totale           |
|------------------------|----------------|----------------|------------------|
| Isnello                | 682            | 736            | 1.418            |
| Isola delle Femmine    | 3.561          | 3.538          | 7.099            |
| Lascari                | 1.764          | 1.883          | 3.647            |
| Lercara Friddi         | 3.129          | 3.497          | 6.626            |
| Marineo                | 3.148          | 3.245          | 6.393            |
| Mezzojuso              | 1.381          | 1.416          | 2.797            |
| Misilmeri              | 14.470         | 14.822         | 29.292           |
| Monreale               | 19.151         | 19.812         | 38.963           |
| Monte lepre            | 2.906          | 3.109          | 6.015            |
| Montemaggiore Belsito  | 1.504          | 1.647          | 3.151            |
| Palazzo Adriano        | 901            | 1.027          | 1.928            |
| Palermo                | 314.019        | 343.941        | 657.960          |
| Partinico              | 15.707         | 15.862         | 31.569           |
| Petralia Soprana       | 1.525          | 1.595          | 3.120            |
| Petralia Sottana       | 1.231          | 1.362          | 2.593            |
| Piana degli Albanesi   | 2.992          | 2.932          | 5.924            |
| Polizzi Generosa       | 1.490          | 1.622          | 3.112            |
| Pollina                | 1.416          | 1.475          | 2.891            |
| Prizzi                 | 2.158          | 2.350          | 4.508            |
| Rocca mena             | 674            | 755            | 1.429            |
| Roccapalumba           | 1.155          | 1.230          | 2.385            |
| San Cipirrello         | 2.537          | 2.675          | 5.212            |
| San Giuseppe Jato      | 4.052          | 4.323          | 8.375            |
| San Mauro Castelverde  | 733            | 737            | 1.470            |
| Santa Cristina Gela    | 507            | 490            | 997              |
| Santa Flavia           | 5.462          | 5.719          | 11.181           |
| Sciara                 | 1.313          | 1.361          | 2.674            |
| Sclafani Bagni         | 188            | 209            | 397              |
| Termini Imerese        | 12.651         | 13.238         | 25.889           |
| Terrasini              | 6.268          | 6.408          | 12.676           |
| Torretta               | 2.134          | 2.185          | 4.319            |
| Trabia                 | 5.275          | 5.121          | 10.396           |
| Trappeto               | 1.543          | 1.559          | 3.102            |
| Ustica                 | 659            | 643            | 1.302            |
| Valledolmo             | 1.636          | 1.764          | 3.400            |
| Ventimiglia di Sicilia | 911            | 958            | 1.869            |
| Vicari                 | 1.225          | 1.334          | 2.559            |
| Villabate              | 9.787          | 10.178         | 19.965           |
| Villa frati            | 1.602          | 1.669          | 3.271            |
| Scillato               | 288            | 325            | 613              |
| Blufi                  | 445            | 486            | 931              |
| <b>TOTALE</b>          | <b>601.106</b> | <b>642.222</b> | <b>1.243.328</b> |

|                    |       |       |       |
|--------------------|-------|-------|-------|
| Lampedusa e Linosa | 3.376 | 3.118 | 6.494 |
|--------------------|-------|-------|-------|

### Distribuzione della Popolazione residente al 01.01.2019 per Comuni/Distretti (FONTE: DATI ISTAT)

|              |                         |             |        |           |          |         |         |         |                       |               |
|--------------|-------------------------|-------------|--------|-----------|----------|---------|---------|---------|-----------------------|---------------|
| Distretto 33 | Campofelice di Roccella | Castelbuono | Cefalù | Collesano | Gratteri | Isnello | Lascari | Pollina | San Mauro Castelverde | <b>Totale</b> |
|              | 7.667                   | 8.485       | 14.155 | 3.858     | 905      | 1.418   | 3.647   | 2.891   | 1.470                 | 44.496        |

|              |        |        |        |                   |           |          |               |
|--------------|--------|--------|--------|-------------------|-----------|----------|---------------|
| Distretto 34 | Capaci | Carini | Cinisi | Isola delle Femm. | Terrasini | Torretta | <b>Totale</b> |
|              | 11.577 | 39.185 | 12.240 | 7.099             | 12.676    | 4.319    | 87.096        |

|              |                   |                  |                  |       |               |         |       |           |                  |               |
|--------------|-------------------|------------------|------------------|-------|---------------|---------|-------|-----------|------------------|---------------|
| Distretto 35 | Castellana Sicula | Petralia Soprana | Petralia Sottana | Gangi | Geraci Siculo | Alimena | Blufi | Bompietro | Polizzi Generosa | <b>Totale</b> |
|              | 3.200             | 3.120            | 2.593            | 6.464 | 1.765         | 1.915   | 931   | 1.295     | 3.112            | 24.395        |

|              |         |            |                        |              |         |         |         |           |           |                        |             |               |
|--------------|---------|------------|------------------------|--------------|---------|---------|---------|-----------|-----------|------------------------|-------------|---------------|
| Distretto 36 | Baucina | Bolognetta | Campofelice di Fitalia | Cefalà Diana | Ciminna | Godrano | Marineo | Mezzojuso | Misilmeri | Ventimiglia di Sicilia | Villafraati | <b>Totale</b> |
|              | 1.915   | 4.138      | 473                    | 997          | 3.560   | 1.122   | 6.393   | 2.797     | 29.292    | 1.869                  | 3.271       | 55.827        |

|              |           |         |             |       |                     |        |          |                |                 |        |               |
|--------------|-----------|---------|-------------|-------|---------------------|--------|----------|----------------|-----------------|--------|---------------|
| Distretto 37 | Aliminusa | Caccamo | Caltavuturo | Cerda | Montemaggiore Bels. | Sciara | Scillato | Sclafani Bagni | Termini Imerese | Trabia | <b>Totale</b> |
|              | 1.138     | 7.997   | 3.768       | 5.079 | 3.151               | 2.674  | 613      | 397            | 25.889          | 10.396 | 61.102        |

|              |       |                       |                |                 |        |             |            |        |               |
|--------------|-------|-----------------------|----------------|-----------------|--------|-------------|------------|--------|---------------|
| Distretto 38 | Alia  | Castronovo di Sicilia | Lercara Friddi | Palazzo Adriano | Prizzi | Roccapietra | Valledolmo | Vicari | <b>Totale</b> |
|              | 3.510 | 2.944                 | 6.626          | 1.928           | 4.508  | 2.385       | 3.400      | 2.559  | 27.860        |

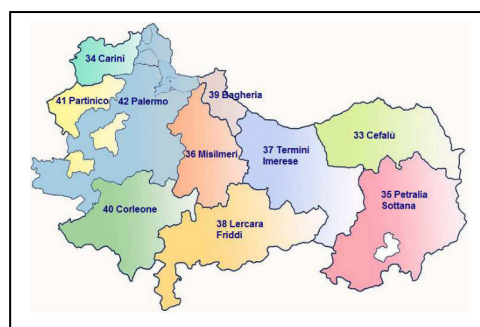
|              |                   |          |              |           |              |               |
|--------------|-------------------|----------|--------------|-----------|--------------|---------------|
| Distretto 39 | Altavilla Milicia | Bagheria | Casteldaccia | Ficarazzi | Santa Flavia | <b>Totale</b> |
|              | 8.376             | 54.620   | 11.682       | 13.050    | 11.181       | 98.909        |

|              |            |              |                 |                    |          |          |           |               |
|--------------|------------|--------------|-----------------|--------------------|----------|----------|-----------|---------------|
| Distretto 40 | Bisacquino | Campoflorito | Chiusa Sclafani | Contessa Entellina | Corleone | Giuliana | Roccamena | <b>Totale</b> |
|              | 4.321      | 1.209        | 2.682           | 1.608              | 10.855   | 1.802    | 1.429     | 23.906        |



| Distretto 41 | Balestrate | Borgetto | Campo-reale | Giardinello | Montelepre | Partinico | San Cipirello | San Giuseppe Jato | Totale |
|--------------|------------|----------|-------------|-------------|------------|-----------|---------------|-------------------|--------|
|              |            | 6.415    | 7.338       | 3.135       | 2.306      | 6.015     | 31.569        | 5.212             | 8.375  |

| Distretto 42 | Palermo | Altofonte | Belmonte Mezzagno | Monreale | Piana degli Albanesi | Santa Cristina Gela | Trappeto | Ustica | Villabate | Lampedusa e Linosa | Totale |
|--------------|---------|-----------|-------------------|----------|----------------------|---------------------|----------|--------|-----------|--------------------|--------|
|              |         | 657.960   | 10.015            | 11.144   | 38.963               | 5.924               | 997      | 3.102  | 1.302     | 19.965             | 6.494  |



### 3.1.3. ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI ED EPIDEMIOLOGICI

Diversi fattori ma soprattutto la disoccupazione e l'invecchiamento della popolazione, si intrecciano inevitabilmente con i bisogni di salute e con la richiesta di servizi socio-sanitari in una logica di integrazione tra Ospedale e Territorio e fra i diversi servizi territoriali. Ecco che attori principali diventano oltre che l'ASP anche gli Enti Locali, il Sistema Formativo ed il Terzo Settore.

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

Gli indicatori sugli esiti di salute testimoniano che la speranza di vita alla nascita è tornata a crescere, ma si confermano le disuguaglianze territoriali riscontrate in passato, con le regioni del Mezzogiorno più svantaggiate di quelle del resto del Paese. La dimensione della cronicità è in costante e progressiva crescita, con conseguente impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali. L'aumento di questo fenomeno è connesso a differenti fattori, tra i quali il progresso delle cure, il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, l'innalzamento dell'età media e la disponibilità di nuove terapie farmacologiche. L'efficacia del sistema sanitario rispetto alla cura e alla prevenzione delle neoplasie è andata sicuramente migliorando, come dimostrano i dati sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici. I progressi nella prevenzione primaria emergono chiaramente nel caso del tumore polmonare, per il quale il carico sanitario della patologia è in sensibile diminuzione da anni negli uomini, grazie alla forte riduzione della prevalenza di fumatori che rappresenta un grande successo delle normative anti-fumo (tra le più avanzate in Europa). Per quanto riguarda i tumori oggetto di programmi di screening organizzato quest'anno hanno avuto una battuta di

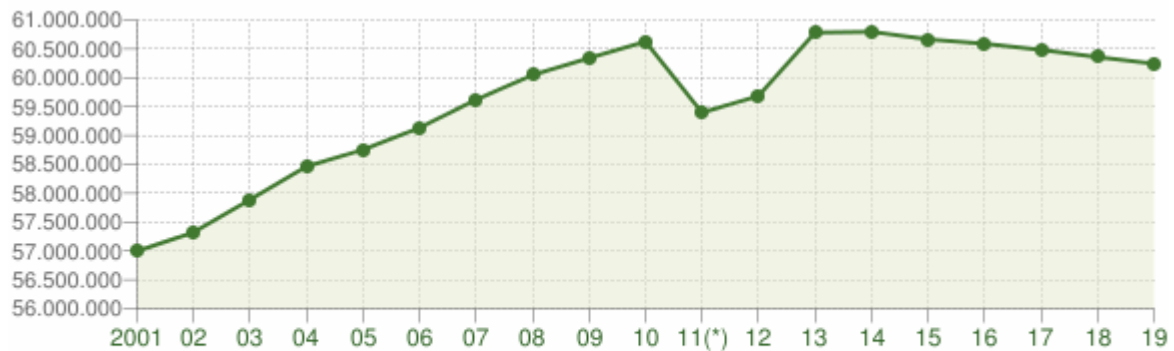


arresto a causa del Covid che non ha permesso la regolare attività di screening. Si spera che nei prossimi mesi si possa recuperare ciò che si è perso finora. Il cittadino dovrà di nuovo percepire l'importanza di avere vicino una struttura sanitaria che si preoccupa della sua salute e che, attraverso la prevenzione, limiti i rischi dovuti ad una intempestiva risposta ad un eventuale tumore alla mammella, al colon-retto e all'utero. Gli indicatori demografici presentati sono particolarmente allarmanti se vengono affiancati a quelli relativi alla popolazione con forti limitazioni nelle attività quotidiane. Infatti, dal Rapporto si evince che un quinto degli ultra 65enni ha molta difficoltà o non è in grado di svolgere almeno una attività di cura della persona senza alcun aiuto. Oltre un terzo delle persone ultra 75enni non è in grado di usare il telefono, gestire il denaro o prendere le medicine; quasi la metà non è in grado di preparare i pasti, fare la spesa o svolgere attività domestiche leggere.

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

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

Andamento demografico della popolazione residente nel comune di Palermo dal 2001 al 2019.

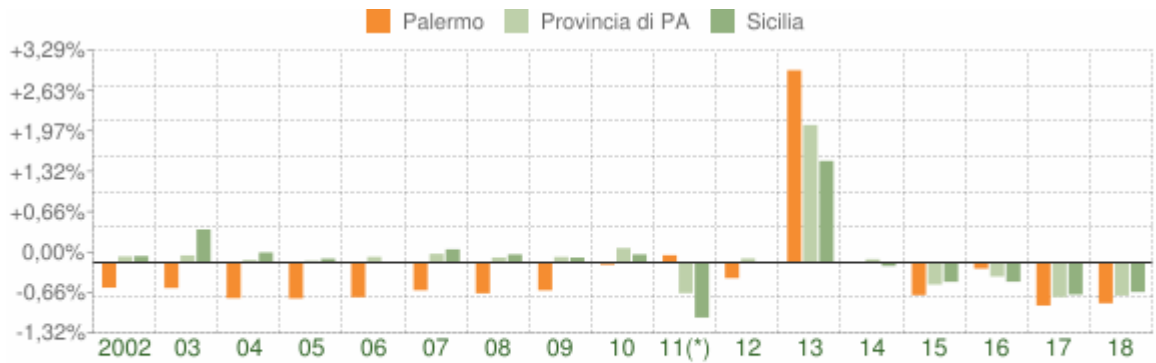


Andamento della popolazione residente

ITALIA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(\*) post-censimento

Le variazioni annuali della popolazione di Palermo espresse in percentuale a confronto con le variazioni della popolazione della città metropolitana di Palermo e della regione Sicilia.

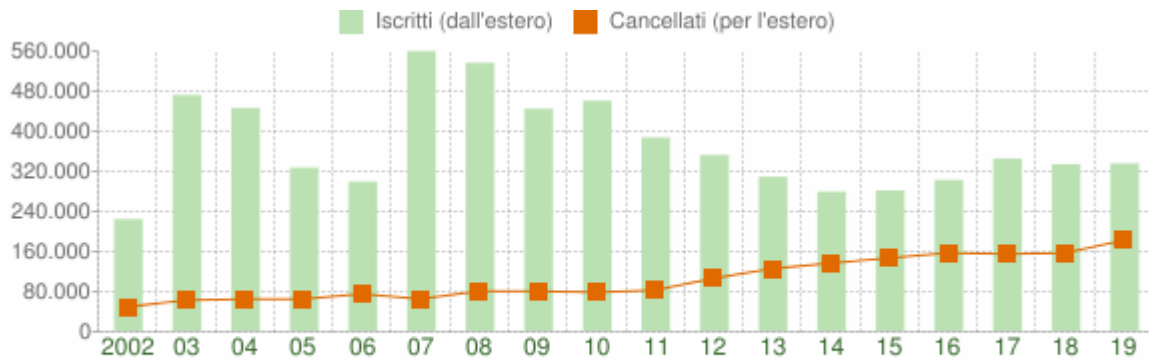


Variatione percentuale della popolazione

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

(\*) post-censimento

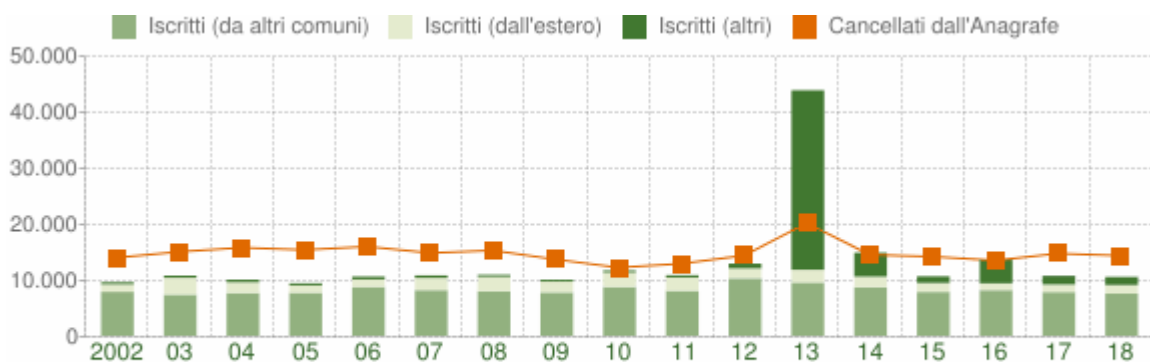
### Flusso migratorio in Sicilia



Flusso migratorio della popolazione

ITALIA - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

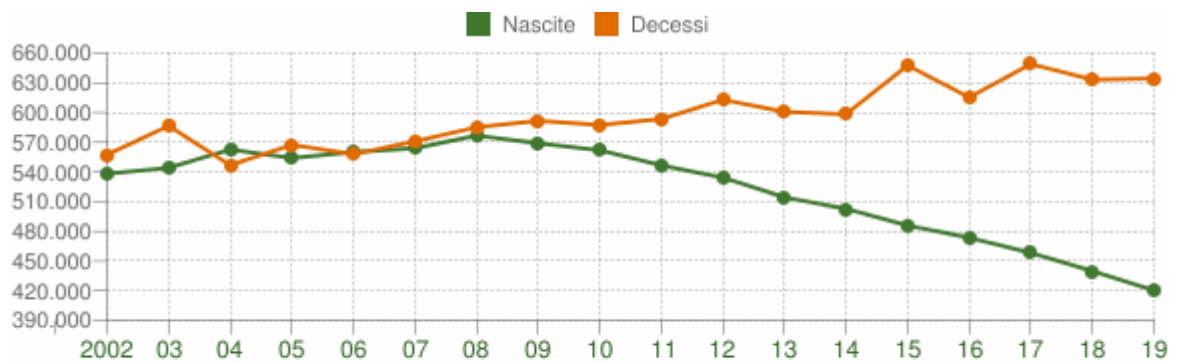
Il grafico in basso visualizza il numero dei trasferimenti di residenza da e verso il comune di Palermo negli ultimi anni. I trasferimenti di residenza sono riportati come iscritti e cancellati dall'Anagrafe del comune



Flusso migratorio della popolazione

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

Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche saldo naturale. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee.



Movimento naturale della popolazione

ITALIA - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT



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

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

A seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale (delibera n.81 del 21/01/2020) approvato dall'Assessorato della Salute con DA n. 512 del 10/06/20 e della elaborazione della nuova dotazione organica (in corso di approvazione) è in atto in Azienda un processo di configurazione organizzativa in coerenza con le previsioni del D.M. n.70/2015 ed al disegno tracciato nella rete ospedaliera regionale dal Decreto n.22 del 2019 per una continua integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali.

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

In particolare, sul versante dell'Area ospedaliera, tutte le UU.OO. ospedaliere sono inquadrare in un Dipartimento. Infatti la creazione del Dipartimento di Medicina, di Chirurgia, di Riabilitazione, e la rifunzionalizzazione dell'Anestesia (che include tutta l'area dell'emergenza - urgenza) ha come scopo prioritario quello di costituire degli ambiti clinico – gestionali che garantiscano uniformità di metodiche, procedure e percorsi diagnostico – terapeutici non solo nell'ambito ospedaliero e territoriale di questa Azienda, ma anche in settori di competenza delle altre Aziende Sanitarie dell'area metropolitana.

La definizione di ambiti operativi interaziendali per l'area della Medicina Riabilitativa, del Farmaceutico, della Diagnostica di Laboratorio, parte dalla constatazione che l'ASP di Palermo in quanto committente di tutta l'area metropolitana non può che diventare promotrice attiva per ridurre la frammentarietà delle reti ospedaliere in ambito provinciale, che per quanto codificate, non sono ancora operanti in stretto collegamento con il territorio.

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

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

Rispetto al versante territoriale, l'estrema frammentazione e proliferazione di Unità Operative semplici ha caratterizzato in passato il tessuto connettivo dell'ASP di Palermo, determinando scarsa permeabilità tra il livello territoriale dei servizi e quello ospedaliero.

Tutto ciò si è tradotto in una ridotta incisività dei percorsi assistenziali che, per quanto annunciati, sono stati resi meno efficaci da un sistema autopoietico che ha prevalso sui meccanismi operativi





improntati alla creazioni di reti di interconnessione più flessibili per una maggiore capacità adattiva ai cambiamenti organizzativi.

Partendo da questa lettura, tra l'altro suffragata dai dati provenienti dall'area Distrettuale, in cui si registra tutt'ora un notevole ritardo nel sistema di gestione delle patologie croniche e nell'implementazione del Punto Unico di Accesso alle cure rivolte alla fragilità, si è optato per una rimodulazione degli assetti organizzativi che predisponessero l'Azienda ad un profondo e veloce processo di revisione e di razionalizzazione dei percorsi.

In tal senso è da leggersi la scelta di trasformare molte Unità Operative Semplici in funzioni, non nel senso di un arretramento delle responsabilità, ma al contrario, per assicurare quelle dinamiche di collegamento cliente – fornitore in cui il sistema di aspettative possa essere immediatamente praticabile e quindi costantemente valutato dagli attori coinvolti nel processo.

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

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

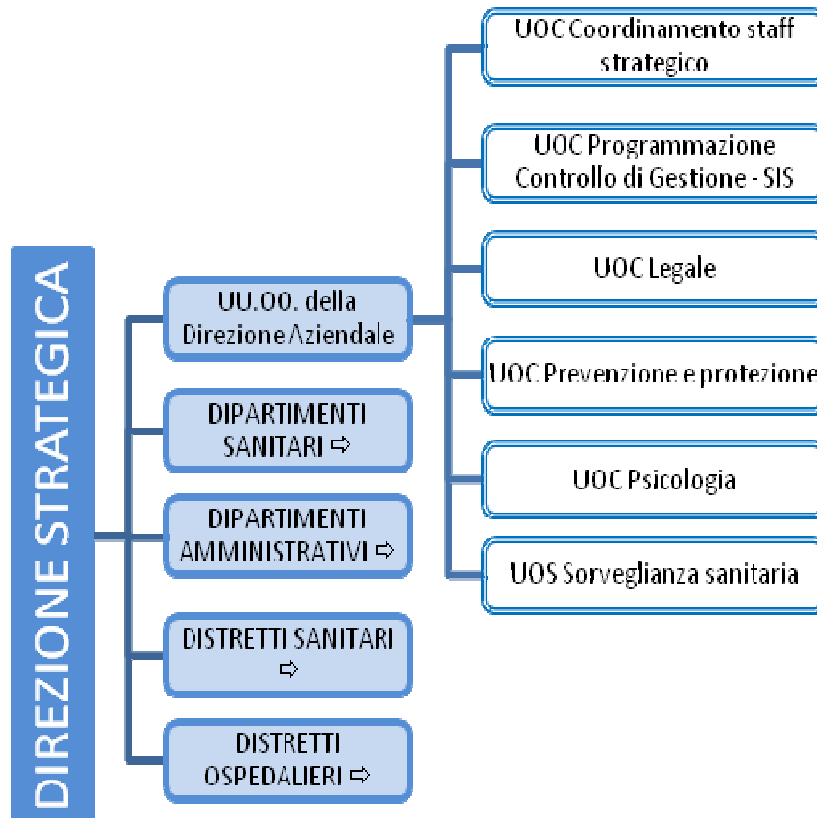
Allo stesso modo, in conformità al Programma regionale unitario per l'autismo (D.A. 11 giugno 2019) -applicazione delle linee guida regionali (D.A. 1 febbraio 2007), l'istituzione della UOC dei Disturbi dello Spettro Autistico ha come scopo quello di promuovere una rete integrata di servizi secondo un modello organizzativo che coniughi l'unitarietà di programmazione, l'omogeneità delle prestazioni e la continuità della presa in carico, con il decentramento distrettuale e la forte integrazione sociosanitaria.

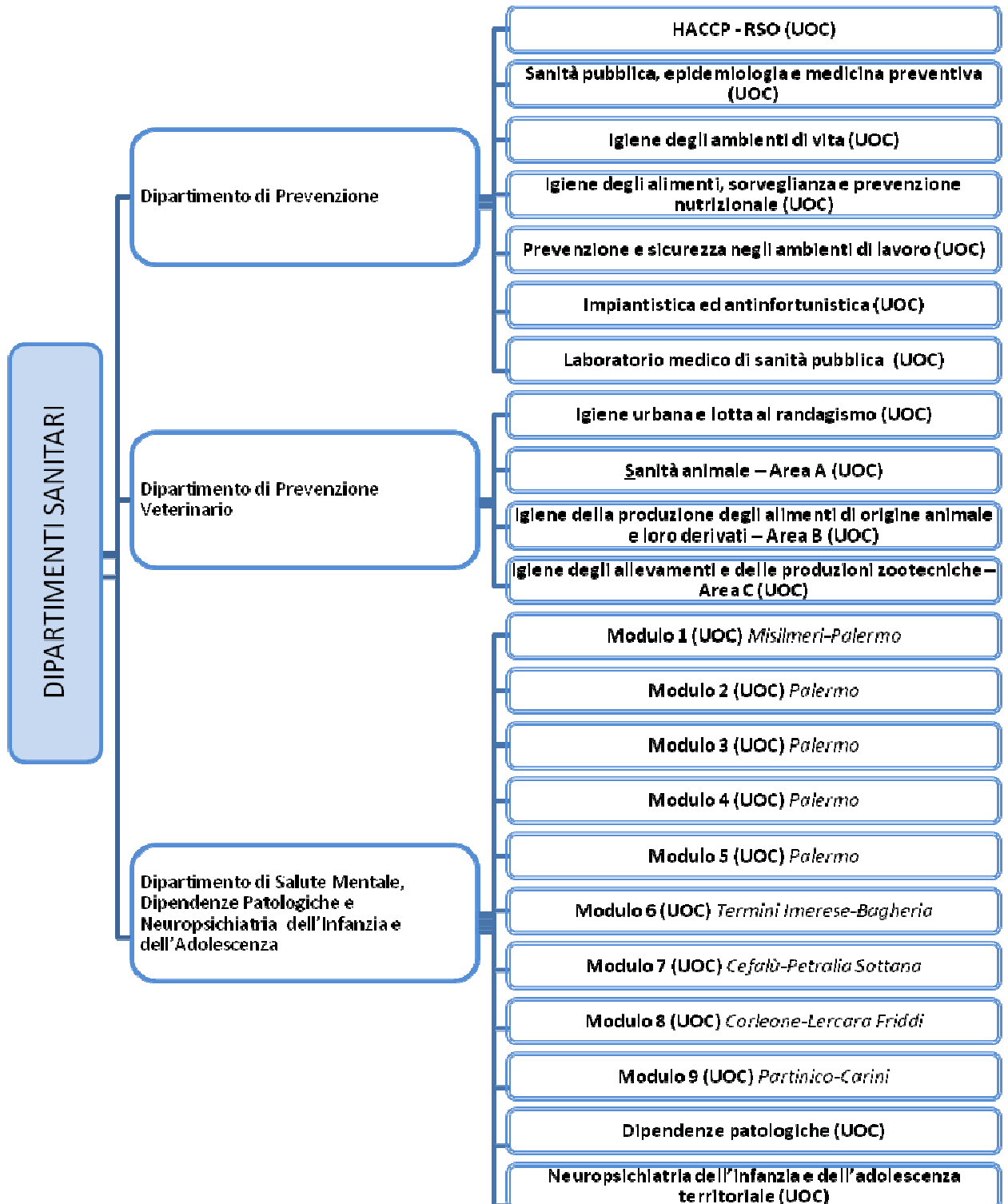
Nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) metropolitani sono stati infine creati dei "poli" con differenziazione delle aree specialistiche di oculistica, cardiologia, pneumologia, oncologia e diagnostica ecografica, in cui concentrare e sviluppare competenze e tecnologie per garantire risposte più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

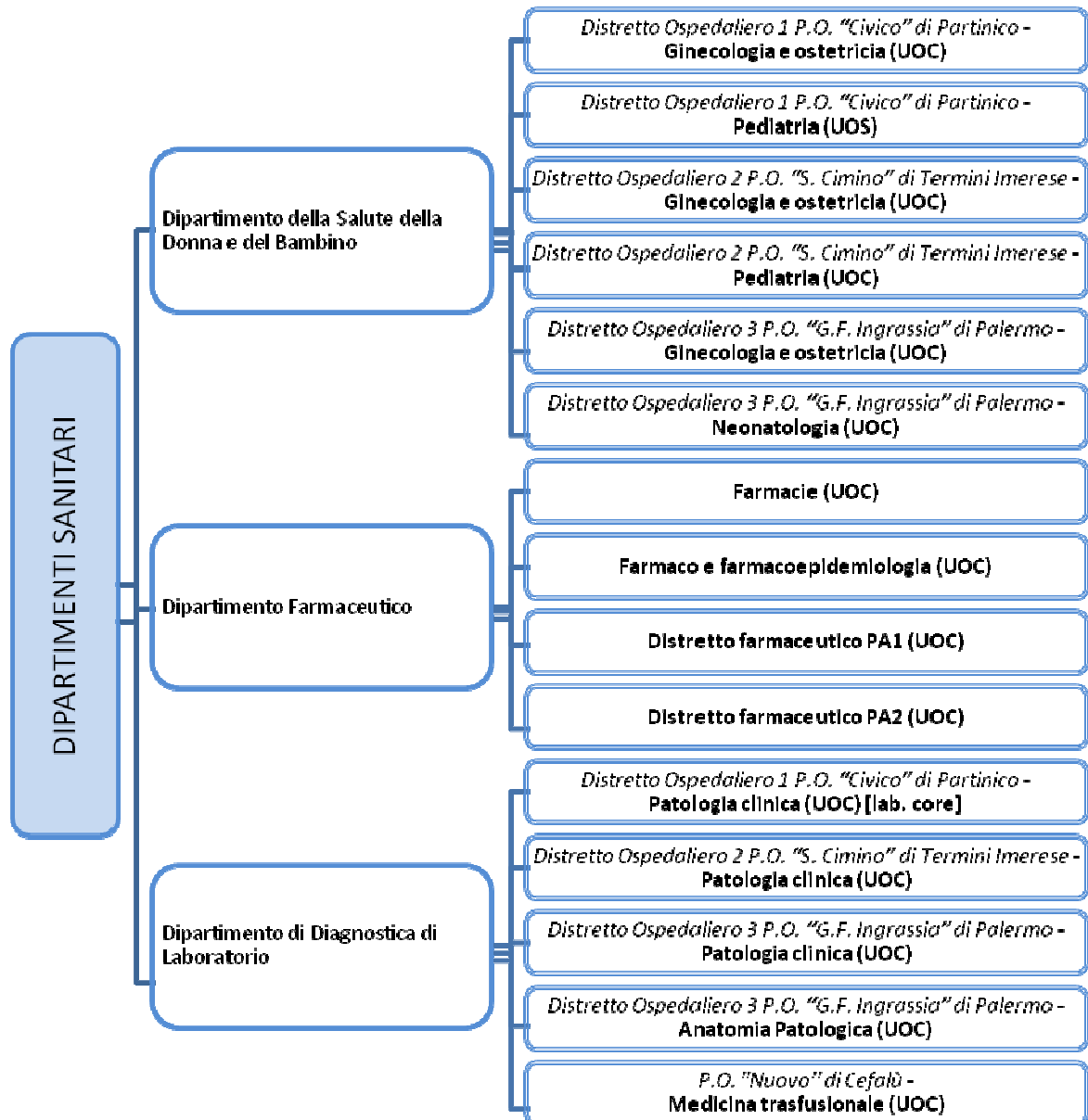


La struttura organizzativa dell'ASP di Palermo nel 2020 è quella che viene riportate negli schemi di seguito raffigurati :

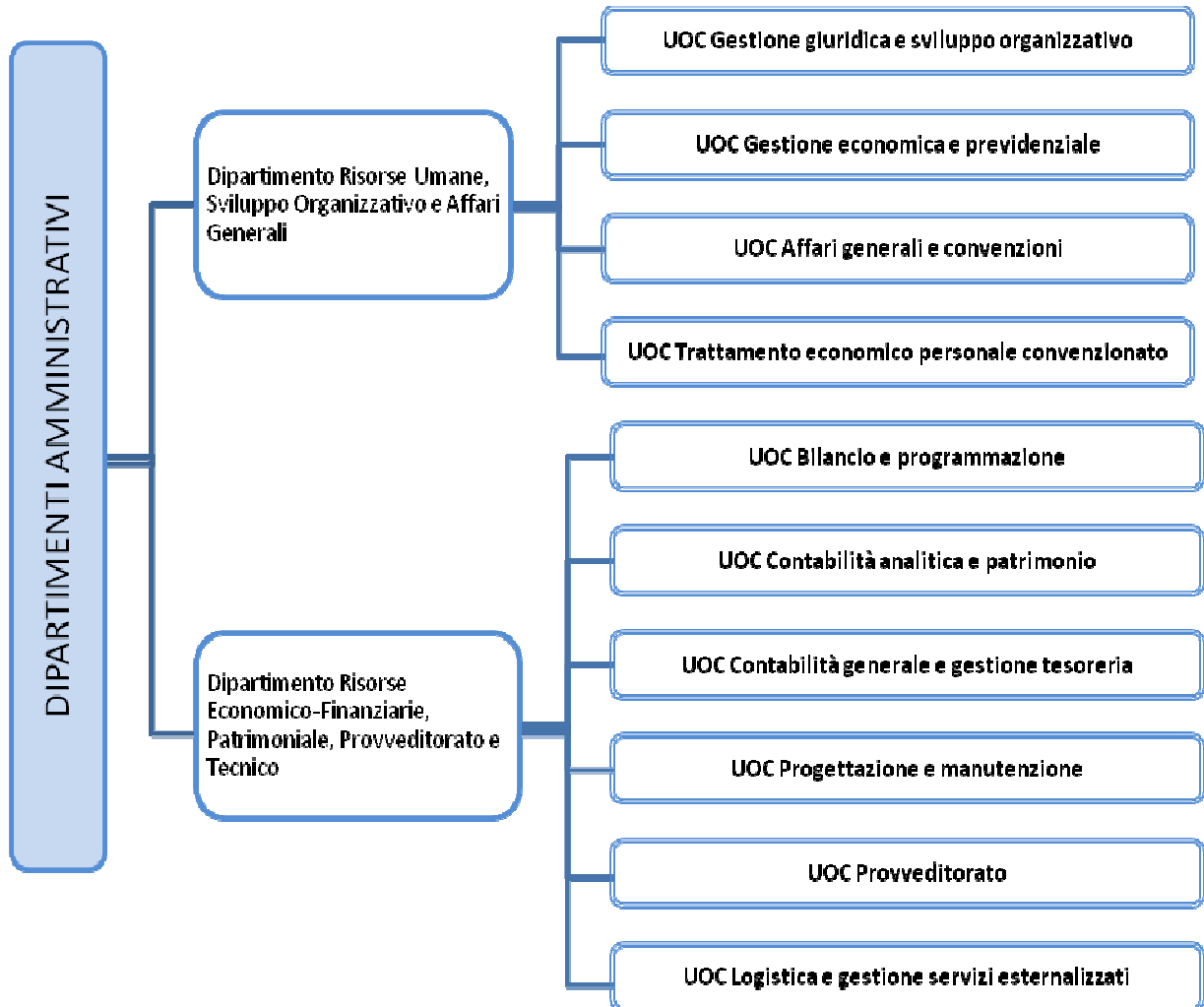
**Organigramma (macrostrutture e UOC)**



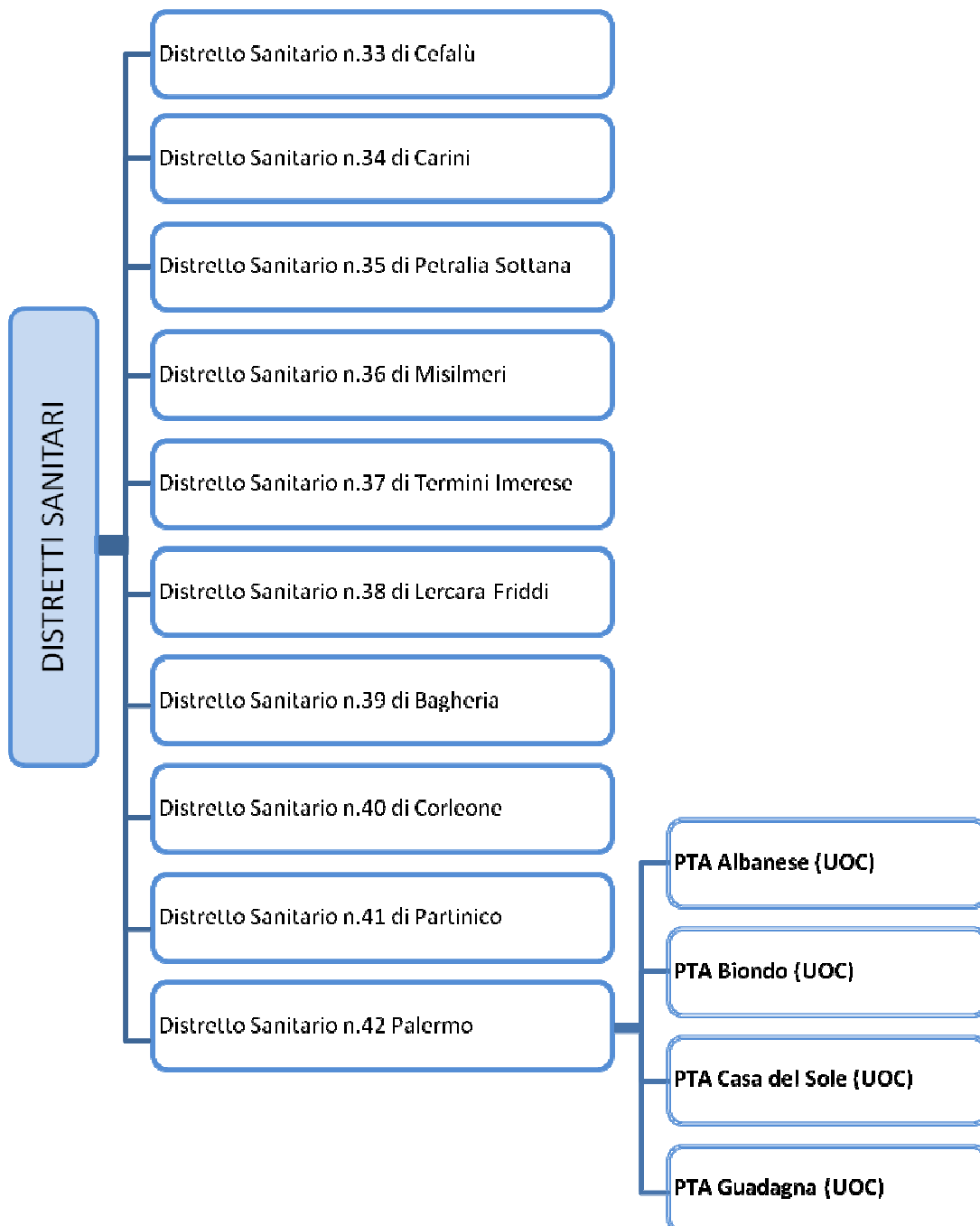




## I Dipartimenti Amministrativi (Macrostruttura)

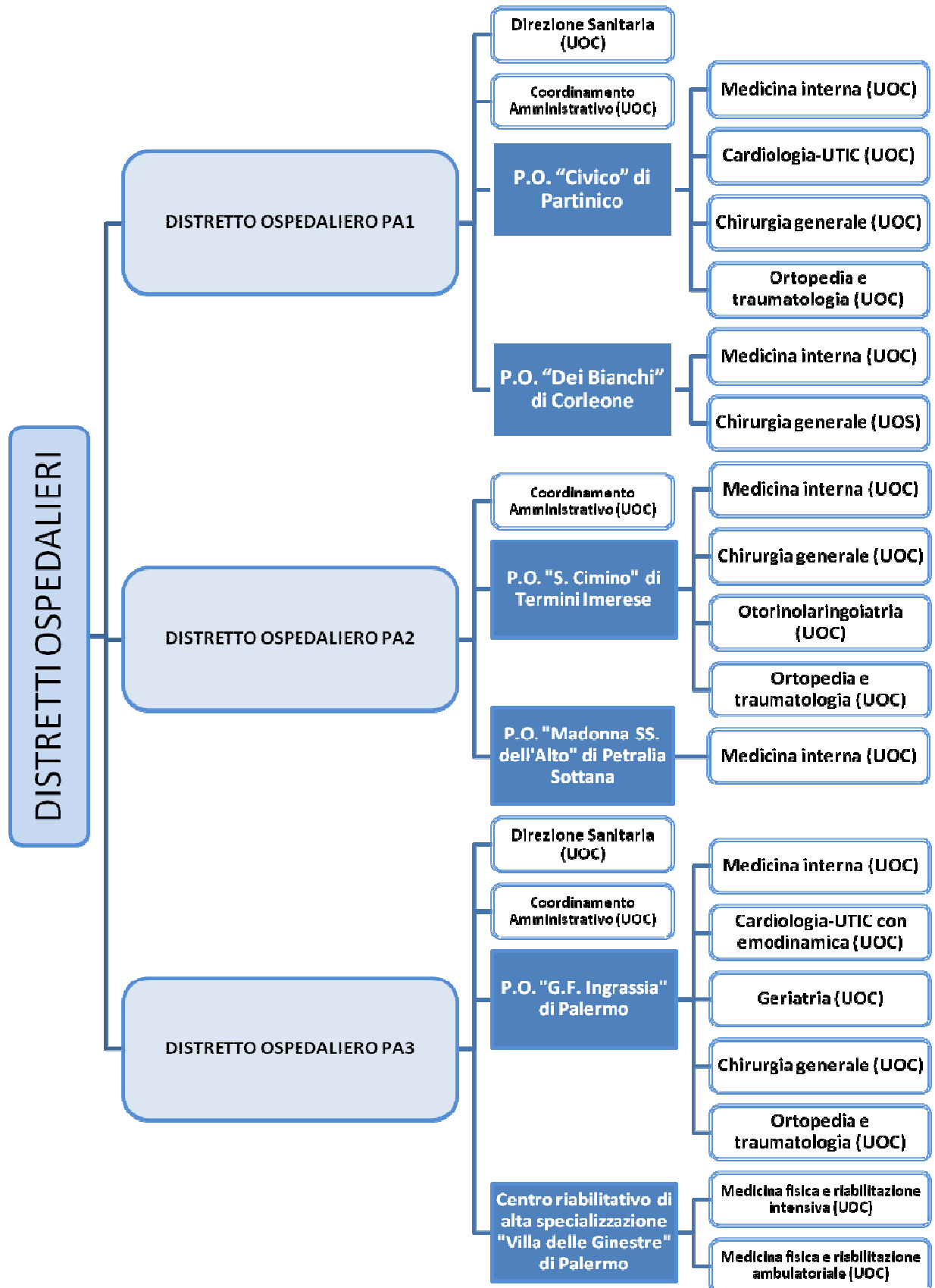


## La rete territoriale: I Distretti Sanitari e i P.T.A. (Macrostruttura)



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). Ai PTA già attivi si è aggiunto un nuovo PTA, quello ubicato a Palermo in via Turrisi Colonna, denominato **PTA "Centro"**.

## La rete ospedaliera: I Distretti Ospedalieri (Macrostruttura)





L'Organizzazione Aziendale è descritta dettagliatamente sul sito aziendale - "Amministrazione Trasparente", consultabile attraverso il seguente *link*:

<http://www.asppalermo.org/auslinforma-dettaglio.asp?ID=71>





### 3.3. LE RISORSE UMANE

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

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.

Questa riduzione del personale si è evidenziata con l'arrivo della pandemia per Covid 19 con una evidente carenza del personale sanitario vista anche la crescente domanda di assistenza in tutta la organizzazione aziendale, ospedaliera e territoriale. La situazione è migliorata durante l'anno per 2 fattori fondamentali: la stabilizzazione degli ex contrattisti ed il personale sanitario assunto per l'emergenza Covid.

L'ASP dispone di risorse umane che hanno ruoli e profili professionali diversi: ruolo sanitario, amministrativo, tecnico e professionale distinti in dirigenza e comparto.

Complessivamente il personale all'1/1/2021 è di 3.744 unità a tempo indeterminato e di 1.080 unità a tempo determinato.

Le tabelle successive ne danno una rappresentazione sintetica.

Personale della Dirigenza e del Comparto a tempo indeterminato al 01/01/2021

| <b>RUOLO</b>          | <b>Fascia</b> | <b>Area</b>   | <b>N. tempo indeterminato</b> |
|-----------------------|---------------|---------------|-------------------------------|
| <b>Amministrativo</b> | Comparto      |               | 507                           |
|                       | Dirigenza     |               | 11                            |
| <b>Professionale</b>  | Comparto      |               |                               |
|                       | Dirigenza     |               | 10                            |
| <b>Sanitario</b>      | Comparto      |               | 1.454                         |
|                       | Dirigenza     | Medica        | 928                           |
|                       |               | Non medica    | 157                           |
| <b>Tecnico</b>        | Comparto      |               | 662                           |
|                       | Dirigenza     |               | 15                            |
|                       |               | <b>Totale</b> | <b>3.744</b>                  |
|                       | Comparto      |               | 2.623                         |
|                       | Dirigenza     | Medica        | 928                           |
|                       |               | SPTA          | 193                           |
|                       |               | <b>Totale</b> | <b>3.744</b>                  |

Fonte: Dipartimento Risorse Umane

Personale della Dirigenza e del Comparto a tempo determinato al 01/01/2021

| <b>RUOLO</b>          | <b>Fascia</b> | <b>Area</b>   | <b>N. tempo indeterminato</b> |
|-----------------------|---------------|---------------|-------------------------------|
| <b>Amministrativo</b> | Comparto      |               | 265                           |
|                       | Dirigenza     |               | 8                             |
| <b>Professionale</b>  | Comparto      |               | 2                             |
|                       | Dirigenza     |               | 3                             |
| <b>Sanitario</b>      | Comparto      |               | 313                           |
|                       | Dirigenza     | Medica        | 222                           |
|                       |               | Non medica    | 38                            |
| <b>Tecnico</b>        | Comparto      |               | 229                           |
|                       | Dirigenza     |               |                               |
|                       |               | <b>Totale</b> | <b>1.080</b>                  |
|                       | Comparto      |               | 809                           |
|                       | Dirigenza     | Medica        | 222                           |
|                       |               | SPTA          | 49                            |
|                       |               |               | <b>Totale</b>                 |

Fonte: Dipartimento Risorse Umane

Da tali tabelle si evidenzia che per quanto riguarda il personale a tempo indeterminato, la Dirigenza è costituita da n. 1.121 unità, pari al 29.9 %, mentre la restante parte del personale, rappresentata dal Comparto, è composta da n. 2.623 unità, pari al 70.1 %.

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

Dirigenti Medici: n.928 unità ( pari all' 82.8 % della Dirigenza)

Dirigenti non Medici: n. 193 unità ( pari al 17.2 % della Dirigenza)

Diverse percentuali avremo se si considera il solo personale a tempo determinato. Infatti il comparto è costituito dal 74.9%, mentre la dirigenza è il rimanente 25.1%.

L'azienda inoltre dispone di circa 200 unità di personale SAS (ex multi servizi), e di altrettante unità di "specialisti convenzionati interni" che operano nei poliambulatori territoriali.

Il personale, escluse le unità afferenti alle UU.OO. della Direzione Aziendale, è allocato nei Distretti Ospedalieri, nei Distretti Sanitari e nei Dipartimenti.

Maggiore dettaglio della dotazione del personale aziendale può essere visualizzato sul sito web dell'ASP Palermo alla sezione "Amministrazione Trasparente" attraverso il seguente *link* :

<http://www.asppalermo.org/auslinforma-dettaglio.asp?ID=69>



### 3.3.1. ANALISI DI GENERE

Da un esame sintetico si possono osservare i risultati di un'analisi quali-quantitativa delle risorse umane, facendo una distinzione tra dipendenti uomini e donne; il personale con qualifica dirigenziale donna sono in totale n.895 mentre gli uomini sono 889 per un totale di 1.784 per cui la percentuale di donne è pari al 50.17% e la rimanente parte, cioè il 48.83% è la percentuale degli uomini dirigenti, quindi complessivamente la percentuale di dirigenti donne è maggiore, se pur di pochissimo, della percentuale di dirigenti uomini. Un'analisi ancora più approfondita ci porta a notare che nella stessa dirigenza però c'è una prevalenza maschile quando facciamo una differenziazione tra i vari incarichi, infatti, c'è una prevalenza maschile per quanto riguarda gli incarichi direttivi più elevati. Si riassume nella tabella sottostante:

| Dirigenza | Direttore Dipartimento | Direttore di UOC | Responsabile di UOS |
|-----------|------------------------|------------------|---------------------|
| % donne   | 33%                    | 16%              | 45%                 |
| % uomini  | 67%                    | 84%              | 55%                 |

Come può osservarsi, con riferimento agli incarichi di direttore di Dipartimento e di UOC, sussiste un evidente *sbilanciamento* a favore del genere maschile; mentre appare meno rilevante la differenza, pur sussistente, tra i due generi negli incarichi di responsabile di UOS.

Una tabella a parte è quella riferita agli organi di vertice:

| Organi di vertice                         | Donne da 51 a 60 anni | Donne > 60 anni | Totale donne | Uomini da 51 a 60 anni | Uomini >60 anni | Totale uomini |
|---|-----------------------|-----------------|--------------|------------------------|-----------------|---------------|
| Direttore Generale                        | 1                     |                 | 1            |                        |                 |               |
| Direttore Amministrativo                  |                       | 1               | 1            |                        |                 |               |
| Direttore Sanitario                       |                       |                 |              | 1                      |                 | 1             |
| Revisore dei conti                        |                       |                 |              | 1                      |                 | 1             |
| Commissario Straordinario per l'emergenza |                       |                 |              |                        | 1               | 1             |
|   | 1                     | 1               | 2            | 2                      | 1               | 3             |

Altra notazione di interesse riguarda l'età media dei dirigenti suddivisi per genere come possiamo notare nella semplice schematizzata qui sotto:

| fascia di età | <30    | 31/40  | 41/51  | 51/60  | >60    | totale |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| % donne       | 59.26% | 60.97% | 60.65% | 45.45% | 41.53% | 50.17% |
| % uomini      | 40.74% | 39.03% | 39.35% | 54.55% | 58.47% | 49.83% |

e il titolo di studio con eventuali specializzazioni:

| Titolo di studio | Diploma di specializz. Post laurea | Diploma universitario | laurea | Laurea di primo livello | Master universitario di primo livello | Master universitario di secondo livello | Titolo di dottore di ricerca | totale |
|------------------|------------------------------------|-----------------------|--------|-------------------------|---------------------------------------|---|------------------------------|--------|
| N.donne          | 214                                | 1                     | 673    | 1                       | 3                                     | 1                                       | 4                            | 895    |
| N. uomini        | 250                                | 0                     | 635    | 0                       | 0                                     | 2                                       | 5                            | 889    |

Come può notarsi, le donne con qualifica di dirigente sono mediamente più giovani rispetto ai colleghi di genere maschile per cui, in prospettiva, a seguito dell'inevitabile collocamento a riposo del personale più anziano, è verosimile prevedere un ribaltamento dell'attuale prevalenza del genere maschile a favore di quello femminile.

Per quanto riguarda il trattamento economico, sappiamo anche che non vengono osservati significativi profili discriminatori di genere anche perché il livello di istruzione tra i dipendenti di genere femminile e di genere maschile sono pressoché equivalenti.

Un'ultima osservazione è quella sul personale che usufruisce del part-time, che come è facilmente intuibile vede una prevalenza del genere femminile e in fascia più giovani, giustificata dalle esigenze di accudimento familiare che vedono le donne in prima linea rispetto agli uomini.

Quest'anno abbiamo avuto un altro fenomeno rilevante che è stato il ricorso al "lavoro agile" durante la pandemia che ha coinvolto diversi operatori sia uomini che donne.

A causa dell'emergenza sanitaria, anche la nostra Azienda Sanitaria, infatti ha dovuto ricorrere alla modalità lavorativa non in presenza, quindi "al lavoro agile" in linea con quanto richiesto dall'art.263, comma 4-bis del decreto legge n.34 del 19/05/2020 (c.d."decreto rilancio"), convertito dalla legge n.77 del 17/07/2020, focalizzando l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance funzionali ad un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile nelle Amministrazioni. Con nota prot.n.1159/DRG del 14/01/2021 la Direzione Aziendale ha "invitato" tutte le strutture aziendali a fare una ricognizione su tutte le attività che possono essere svolte in smart working senza arrecare pregiudizio alla funzionalità dei servizi erogati e tenuto conto delle risorse umane disponibili in vista della prossima adozione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile.



Per questo il lavoro agile è definito come un modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. Restituisce al lavoratore autonomia in cambio di una responsabilizzazione dei risultati. Tale principio si basa su alcuni fattori:

- ✓ Flessibilità dei modelli organizzativi
- ✓ Autonomia nell'organizzazione del lavoro
- ✓ Responsabilizzazione sui risultati
- ✓ Benessere del lavoratore
- ✓ Utilità per l'amministrazione
- ✓ Tecnologie digitali che consentono e favoriscono il lavoro agile
- ✓ Cultura organizzativa basata sulla collaborazione
- ✓ Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozioni di azioni correttive.

Tutto ciò implica inevitabilmente un rapporto tra la performance ed il lavoro agile ed una conseguente revisione organizzativa che conduce alla riflessione sull'adeguatezza complessiva del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance. Va da sé che il SMVP dovrà essere aggiornato in coerenza con la nuova organizzazione del lavoro che l'amministrazione adotterà, portando ad una riflessione maggiore per la performance individuale; essa infatti prescinde dal fatto che la prestazione sia fatta in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista. Si possono utilizzare indicatori ad hoc per il lavoro agile, ma le dimensioni delle performance devono fare riferimento alle Linee Guida 1 e 2 del Dipartimento della funzione pubblica ed essere le stesse per tutte le strutture organizzative e i dirigenti e dipendenti dell'Azienda.



### 3.4. LE RISORSE FINANZIARIE

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

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

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

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

- entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti), in un importo definito e cristallizzato in seguito ad un'intesa fra lo Stato e le Regioni;
- fiscalità generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive - IRAP (nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità), e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche – IRPEF. Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni;
- bilancio dello Stato: esso finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto - IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti e attraverso il Fondo sanitario nazionale (una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

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



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

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

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

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

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

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

Modello CE riferito al IV trimestre 2020 (sintesi)

| CE (Valori in Migliaia di Euro)  | IV trimestre 2020 |
|--|-------------------|
| Valore della produzione  |                   |
| A.1) Contributi in c/esercizio   | 1.908.059         |
| A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti                 | -9.012            |
| A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 2.821             |
| A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria           | 58.557            |
| A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi   | 14.206            |
| A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)                   | 1.930             |
| A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio                                | 14.883            |
| A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni                              | 0                 |
| A.9) Altri ricavi e proventi   | 107               |
| <b>Totale valore della produzione (A)</b>  | <b>1.991.551</b>  |
| B) Costi della produzione  |                   |

|  |                  |
|--|------------------|
| B.1) Acquisti di beni  | 141.268          |
| B.2) Acquisti di servizi                                       | 1.565.969        |
| B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)     | 11.239           |
| B.4) Godimento di beni di terzi                                | 3.394            |
| B.5) Personale del ruolo sanitario                             | 212.543          |
| B.6) Personale del ruolo professionale                         | 1.261            |
| B.7) Personale del ruolo tecnico                               | 25.358           |
| B.8) Personale del ruolo amministrativo                        | 32.152           |
| B.9) Oneri diversi di gestione                                 | 2.576            |
| <b>Totale Ammortamenti</b>                                     | <b>15.062</b>    |
| B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti        | 0                |
| B.13) Variazione delle rimanenze                               | -6.699           |
| B.14) Accantonamenti dell'esercizio                            | 41.270           |
| <b>Totale costi della produzione (B)</b>                       | <b>2.045.393</b> |
| C) Proventi e oneri finanziari                                 |                  |
| C.1) Interessi attivi  | 100              |
| C.2) Altri proventi  | 0                |
| C.3) Interessi passivi   | 38               |
| C.4) Altri oneri   | 0                |
| <b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>                  | <b>62</b>        |
| D) Rettifiche di valore di attività finanziarie                |                  |
| D.1) Rivalutazioni   | 0                |
| D.2) Svalutazioni  | 0                |
| <b>Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</b> | <b>0</b>         |
| E) Proventi e oneri straordinari                               |                  |
| E.1) Proventi straordinari                                     | 25.300           |
| E.2) Oneri straordinari  | 1.752            |
| <b>Totale proventi e oneri straordinari (E)</b>                | <b>23.548</b>    |
| <b>Risultato prima delle imposte (A – B +/- C +/- D +/- E)</b> | <b>-30.231</b>   |
| <b>Totale imposte e tasse</b>                                  | <b>22.639</b>    |
| <b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>                                  | <b>52.870</b>    |





### **3.5. PARI OPPORTUNITÀ, BENESSERE ORGANIZZATIVO E LE ATTIVITÀ DEL CUG**

Le amministrazioni pubbliche, come previsto dall'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni", sono tenute a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha emanato le "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche". L'attuazione degli indirizzi forniti deve basarsi su attività di analisi e valutazione, finalizzate all'individuazione, attraverso indagini, studi e attività di monitoraggio, delle discriminazioni dirette e indirette che devono essere rimosse attraverso specifiche azioni positive con il coinvolgimento attivo dei CUG.

Il profilo del CUG è profondamente mutato ed è stato ampliato a seguito della normativa in materia, recentemente intervenuta, l'ultima della quali è la Direttiva n. 2/2019 del 26 giugno 2019. La nostra Azienda ha così provveduto, con Deliberazione n.801 del 20/08/2020, a designare la nuova Presidente del CUG dell'ASP 6 Palermo, subentrata alla precedente che, per pensionamento, ha concluso la propria attività di servizio in Azienda.

In data 14/10/2020 si è quindi insediata la nuova Presidente e, con maggioranza assoluta dei voti dei componenti presenti, sono stati confermate le cariche di Vice Presidente e di Segretario.

In questo breve arco temporale, il CUG, al fine di ottimizzare il tempo disponibile, si è riunito in seduta più volte, per definire le azioni da adottare, per raggiungere gli obiettivi del PTAP 2020/2022 - approvato e adottato con Deliberazione aziendale n. 603 del 18/06/2020 - e per costruire un percorso utile all'adeguato svolgimento dei compiti di proposta, di consulenza e di verifica ad esso attribuiti dalla normativa di settore.

Riorganizzazione del CUG :

Per favorire la partecipazione dei Consiglieri, sono state calendarizzate le convocazioni fino al mese di Marzo 2021, sia prevedendo l'alternanza di sedute antimeridiane e pomeridiane sia individuando giorni settimanali diversi, al fine di non inficiare gli eventuali impegni degli stessi Consiglieri, già fissati in specifiche giornate. Queste sedute hanno carattere ordinario e sono precedute da nota di convocazione con la specifica dell'OdG; rimane prevista la possibilità di riunire sedute straordinarie, su richiesta di almeno un 1/3 dei Componenti, ovvero su convocazione straordinaria del Presidente.



Per favorire il funzionamento, in particolare, in ordine alle attività connesse agli Obiettivi del PTAP, il CUG ha articolato la propria attività in Commissioni/Gruppi di lavoro che concorrono allo sviluppo degli Obiettivi loro assegnati. Ai Componenti delle predette Commissioni, pur rimanendo maggiormente impegnati nei lavori loro assegnati, è chiesto il contributo anche riguardo alle altre aree d'intervento, in richiamo al principio della collegialità e della condivisione che ispira la Direzione di questo CUG. Al Coordinatore della singola Commissione spetta il compito di rendicontare e condividere, nell'ambito delle sedute plenarie, il contenuto dell'attività espletata. Anche in considerazione dell'attuale stato emergenziale e delle conseguenti difficoltà, si è concordato di far convergere le azioni su alcune aree e le Commissioni istituite sono le seguenti:

- ✓ Risorse Umane e Pari Opportunità
  - ✓ Benessere Organizzativo e Politiche di Conciliazione
  - ✓ Comunicazione
  - ✓ Regolamenti
  - ✓ Formazione
1. Le azioni del CUG, volte al miglioramento del benessere organizzativo del personale dell'Azienda, consistono nell'attività di verifica e controllo dei correttivi realizzati da quei Servizi che presentano aspetti di criticità, emersi a seguito della rilevazione e della analisi dei dati, realizzati dal competente DPP congiuntamente alla UOC Psicologia. Il CUG monitorerà l'operato di tali Servizi, sollecitandoli, nel corso del 2021, ad operare i necessari cambiamenti in merito ai nodi problematici evidenziati.
  2. L'intervento in tema di comunicazione ha preso avvio con un ampliamento dello spazio informativo del CUG presente nel sito aziendale, il cui contenuto è stato arricchito dalla introduzione di normativa di riferimento, in particolare la Direttiva 2/2019, dalla imminente pubblicazione dei Verbali delle sedute del CUG, nonché da informazioni utili per i lavoratori e per le lavoratrici dell'Azienda;
  3. Il Regolamento di funzionamento del CUG è stato applicato in modo più rigoroso e funzionale, ed è in corso di revisione, in particolare per alcune sue parti, come richiamato dalla Direttiva 2/2019; La suddetta Direttiva è stata parzialmente recepita nell'anno appena concluso, stante la approvazione della possibile nomina della figura del sostituto, per i Componenti di parte sindacale, attraverso la semplice comunicazione del nominativo da parte dell' Organizzazione sindacale di appartenenza;
  4. Per le politiche di conciliazione il CUG è impegnato nel sostenere il Lavoro Agile per la conciliazione dei tempi di lavoro e di vita privata, guardando soprattutto alle donne lavoratrici sulle quali, ancora oggi, ricade il maggior carico di compiti di cura. La conciliazione delle due dimensioni si pone in maniera funzionale al miglioramento del benessere organizzativo. Con riferimento alla imminente definizione del POLA in ambito aziendale, anche in applicazione a quanto previsto dalla



Direttiva n. 2/2019, il CUG, in collaborazione con il DRU, intende partecipare alla elaborazione del citato Piano che comporta l'avvio di un processo culturale che interessa il mondo del lavoro, determinando il passaggio da una tradizionale visione vocata al controllo ad una attenzione orientata al risultato. In tale nuovo scenario anche i dipendenti e le dipendenti che, ad esempio, presentano particolari condizioni di svantaggio fisico per patologia possono, lavorando in un ambiente più protetto, quale la propria abitazione, trovare certamente nuove opportunità di espressione delle proprie capacità e competenze, valorizzando il proprio apporto professionale. Per ogni possibile analoga situazione deve essere posta particolare attenzione riguardo alla individuazione delle più appropriate modalità per avvalersi di tali risorse umane, valorizzandole al meglio anche attraverso il supporto della prestazione lavorativa da remoto. Sarà necessario fornire le necessarie dotazioni informatiche, così come programmare percorsi formativi e/o di aggiornamento e definire sistemi di rilevazione della performance individuale, adeguatamente calibrati per garantire omogenee modalità di valutazione tra lavoratori in presenza e in lavoro agile. Il CUG intende partecipare attivamente alla realizzazione di tale processo.

5. Relativamente alla formazione sono stati individuati alcuni moduli, appositamente strutturati per i componenti dei CUG, ad es. il corso FORMEL dal titolo " Il CUG e il PTAP ", realizzato in modalità Webinar e per il quale si intende chiedere adeguata copertura dei costi.

### **3.6. LE ATTIVITÀ DELL'URP**

L'Unità Operativa Comunicazione e Informazione dell'ASP di Palermo ha, tra le sue principali mansioni ufficiali, quella di accogliere lamentele, osservazioni, suggerimenti, proposte, segnalazioni, e soprattutto reclami che riguardano eventuali disservizi sorti all'interno dell'Asp di Palermo. Per la gestione dei reclami L'U.O. si attiene al Regolamento Aziendale Delibera N°623 del 23/12/2013. Il reclamo/segnalazione può essere presentato da tutti i cittadini utenti, sia direttamente sia tramite parenti, persone delegate o tramite associazioni di tutela/ volontariato. Allo stesso modo i cittadini utenti possono inoltrare elogi. Riceviamo infatti anche note di encomio nei riguardi dei nostri servizi e dei nostri specialisti ambulatoriali. Nel caso di un reclamo, si considera tale solo la forma scritta, nel senso che l'U.O. può avviare l'istruttoria solo se la descrizione del disservizio avviene in forma scritta e se è completa di tutti i dati anagrafici. In questo caso l'U.O. provvede a predisporre l'istruttoria e invia richiesta di verifica e conseguente riscontro al servizio interessato sollecitando un feedback entro max 30 giorni. Il riscontro verrà successivamente inviato al cittadino-utente, previa accurata verifica dello stesso. Il cittadino utente può presentare segnalazione/reclamo in uno dei modi seguenti:



- con lettera in carta semplice o tramite scheda-modulo scaricabile nel sito [www.asppalermo.org](http://www.asppalermo.org) e presente presso tutte le unità periferiche aziendali.

- tramite e-mail all'indirizzo [urp@asppalermo.org](mailto:urp@asppalermo.org) indicando nome e cognome, luogo di residenza, e possibilmente numero telefonico;

La segnalazione/reclamo deve contenere una descrizione dettagliata e chiara del fatto e delle circostanze in cui è avvenuto, il luogo dove si è verificato, la data in cui si è verificato e ogni elemento che si ritiene necessario per comprendere meglio quanto accaduto. La narrazione del disservizio deve essere precisa: che cosa è successo, dove, quando, chi sono le persone interessate e ogni altro elemento utile per rendere più chiara ed esauriente la descrizione. L' U.O. Comunicazione e Informazione è in collegamento con qualsiasi struttura aziendale interessata al reclamo.

Esiste inoltre un rapporto di collaborazione con L'unità "Risk Management" per tutti quei casi delicati in cui potrebbe essere stata compromessa la salute del cittadino utente. Nell'anno 2020 abbiamo registrato e gestito 184 reclami circa. La percentuale più alta ha riguardato lo Sportello di prenotazione "fisico": code, attese, incomprensioni, mancato re-calling, difficoltà a prenotare, confusione, poco personale, comportamenti inadeguati. Quest'anno abbiamo registrato un'alta percentuale di lamentele e disagi riguardanti la chiusura degli ambulatori specialistici per le condizioni provocate dall'emergenza Covid-19, ma anche attese abnormemente lunghe per poter effettuare una visita specialistica, impossibilità a prenotare visite specialistiche. Non molti reclami verso le pratiche del Cup Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo – Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO online: gli utenti lamentano a volte criticità nei tempi di risposta. Va però precisato che in questi casi a fronte di poche segnalazioni formali sono pervenute centinaia di proteste informali tramite e-mail. Interessante anche il dato di percentuale che riguarda gli aspetti organizzativi e burocratici, con criticità accentuate sempre dalla difficoltà di accesso diretto agli uffici, precluso nei periodi di lockdown. Anche gli sportelli Anagrafe Assistiti sono stati oggetto di reclami: code, poco personale. Un altro dato su cui si deve continuare a riflettere è quello che riguarda tutte le altre operazioni della piattaforma online: cambio medico, esenzione, referti, ecc.

Anche in questo caso gli utenti segnalano disservizi e inefficienza e lunghe attese. Considerevole e' anche il numero dei reclami che riguardano gli Uffici Ausili e Presidi e le Farmacie territoriali: mancate forniture, lunghi periodi di attesa, confusione. In linea con il Regolamento Aziendale, abbiamo monitorato ogni singolo reclamo inviandolo al Dirigente/Direttore responsabile di struttura con richiesta di avviare gli opportuni approfondimenti nei tempi stabiliti dal regolamento, e risolvere, quando possibile, il disservizio segnalato dall'utente. Anche quest'anno sono pervenuti alcuni elogi, soprattutto nei confronti di specialisti ambulatoriali di cui gli utenti hanno apprezzato la professionalità e la disponibilità. Si ritiene opportuno evidenziare l'apparente miglioramento nella quantità dei reclami perventi rispetto all'anno 2019: circa 90 in meno. Tale differenza potrebbe essere attribuibile alla chiusura di 4 dei cinque Punti Informativi URP già



presenti nel comprensorio cittadino per quiescenza degli Operatori, non sostituiti, con conseguente drastica riduzione dei punti di contatto dell'utenza, ma soprattutto, come prima evidenziato, all'utilizzo di modalità informali di protesta via email che non presentavano i requisiti previsti per una istruttoria formale ma che sono comunque state inoltrate ai Responsabili/Direttori di struttura per una pronta risoluzione.

Si rappresenta inoltre che dall'inizio del 2020 è stato implementato un software autogestito per una più puntuale e dettagliata codifica dei reclami, secondo la Classificazione CCRQ, già sperimentata in altre Regioni con il concorso dei Comitati Consultivi.

## **4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

### **4.1. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2020-2022**

Questa sezione è dedicata alla rendicontazione dei risultati di performance organizzativa e presenta:

1. i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi/indicatori specifici triennali (obiettivi triennali 2020-2022) individuati nel **Piano della Performance 2020-2022**, evidenziando gli scostamenti rispetto ai *target annuali* 2020;

2. i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi/indicatori annuali individuati nel **Piano della Performance 2020-2022** (obiettivi annuali 2020), evidenziando gli scostamenti rispetto ai *target* assegnati, per singola struttura;

3. la valutazione complessiva della performance organizzativa relativa all'anno di riferimento, che riporta gli esiti del processo di misurazione e valutazione effettuato dall'OIV.

### **4.2. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2020: OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI (TARGET 2020)**

#### **Obiettivo 1 SCREENING**

Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.

Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).

I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colonretto, 60% per il tumore della mammella.



Nel corso del 2020, a causa dell'emergenza covid 19, come da disposizioni assessoriali, le attività sono state sospese il 10 marzo e riprese con notan.827/CSS il 13 maggio. Al fine di garantire le norme igieniche e ottemperare alle disposizioni in materia di distanziamento sociale, seguendo le indicazioni dettate dall'Osservatorio Nazionale Screening, inizialmente gli inviti sono stati formalizzati senza la consueta data e ora dell'esame e richiedendo conferma telefonica o per mail o per messaggio in modo da pianificare al meglio l'affluenza. Tale metodologia ha comportato inevitabilmente ad una notevole riduzione delle adesioni e alterato tutta la pianificazione iniziale prevista. E' importante rilevare che, nel periodo antecedente la sospensione, le attività di screening avevano visto dati di adesione nettamente orientati alla progressione rispetto all'anno 2019 (ad es. nel 1° bimestre lo screening mammografico ha prodotto 8.181 esami). Particolare disagio c'è stato per lo screening del colon retto perché oltre allo stop per l'arruolamento c'è stata anche la difficoltà di accesso ai PP.OO. aziendali.

Tuttavia nel corso dell'anno, per quanto riguarda lo screening del colon retto, c'è da segnalare che:

- ✓ Nel primo bimestre sono stati erogati 1.182 test di primo livello (adesione spontanea);
- ✓ È stata avviata la procedura per l'individuazione del Responsabile dell'unità operativa, dopo la quiescenza del precedente responsabile;
- ✓ Sono stati completati tutti gli esami colonscopici relativi agli assistiti risultati positivi nel corso del 2019 (565 esami);
- ✓ Sono stati erogati n.368 esami afferenti dal CUP aziendale per prevenzione del tumore colon retto con Sof test positivi e nel range di età di screening;
- ✓ Sono stati eseguiti n.75 esami colonscopici relativi al follow-up scaturiti dallo screening degli anni precedenti.

| sub-obiettivo   | indicatore  | base-line 2018          | Valore raggiunto 2019   | Valore raggiunto 2020     |
|---|---|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP           | Relazione sulla effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP             |                         | SI                      | Si                        |
| Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma     | N. di soggetti invitati / popolazione target                                      | 117.494/117.494<br>100% | 56.042 / 56.042<br>100% | 90.053 / 89.733<br>100%   |
| Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma       | N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati | 19.561/117.056<br>16,7% | 10.393 / 50.266<br>21%  | 11.010 / 84.588<br>13.02% |
| Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella | N. di soggetti invitati / popolazione target                                      | 70.025/87.135<br>80,4%  | 87.616 / 87.616<br>100% | 88.883 / 88.883<br>100%   |



|  |   |                          |                        |                        |
|--|---|--------------------------|------------------------|------------------------|
| Adesione del programma di screening del tumore della mammella    | N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati | 25.976/87.135<br>29,8%   | 34.012 / 78.392<br>43% | 21.324 / 85.793<br>25% |
| Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto | N. di soggetti invitati / popolazione target                                      | 177.941/166.253<br>>100% | 167.331 /167.331 100%  | 1.182 /170.787<br>0.7% |
| Adesione del programma di screening del colon retto              | N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati | 23.498/173.940<br>13,5%  | 34.426 /155.645<br>22% | 675 /1.182<br>n.v.     |

## Obiettivo 2 ESITI

L'obiettivo si riferisce ai quattro sub obiettivi sottoelencati e agli indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE):

**2.1 Frattura del femore:** tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni.

**2.2 Parti cesarei:** riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate.

**2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI:** tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno.

**2.4 Colectomia laparoscopica:** proporzione di colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.

Al fine di perseguire il miglioramento della qualità dell'assistenza e per un'analisi congiunta dei dati, volta a garantire una adeguata assistenza ospedaliera, sono stati effettuati, a cura della UOC Ospedalità Pubblica, degli incontri con le Direzioni Mediche dei PP.00. aziendali, con i Responsabili delle UU.OO. di Ortopedia, di Cardiologia, di Chirurgia e di Ostetricia e Ginecologia.

Per le UU.OO. in cui il valore degli obiettivi si è discostato da quello previsto da AGENAS sono stati organizzati, a cura della UOC Ospedalità Pubblica, degli Audit e nei casi in cui non si è avuta la partecipazione attiva dei Direttori Medici di Presidio e/o dei Direttori delle UU.OO. sono stati richiesti formalmente dei piani di miglioramento.

Anche in questo caso il verificarsi della pandemia ha "falsato" i risultati raggiunti in quanto sia le direzioni sanitarie di presidio che le unità operative hanno dovuto sconvolgere il lavoro e l'organizzazione fin qui avuta cercando comunque di raggiungere i migliori risultati possibili.

| sub-obiettivo | indicatore | base-line 2018 | Valore raggiunto 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|---------------|------------|----------------|-----------------------|-----------------------|
|---------------|------------|----------------|-----------------------|-----------------------|

|   |  |        |        |                                 |
|---|--|--------|--------|---------------------------------|
| Frattura del femore:<br>tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;   | N. Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / N. totale di casi di frattura femore su pazienti over 65  | 65,82% | 56,58% | 59,51%                          |
| Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non pre-cesarizzate;  | N. Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo   | 26,45% | 26,62% | 23,21%<br>media dei 4<br>PP.OO. |
| Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI:<br>tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno; | N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / N. totale di I.M.A. STEMI diagnosticati                       | 90,11% | 88,57% | 96,58%                          |
| Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.                  | N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. | 86,55% | 83,66% | 79,07%                          |

### Obiettivo 3 LISTE D'ATTESA – MONITORAGGIO E GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA

Attraverso questo obiettivo si effettua il monitoraggio della garanzia dei tempi di attesa e degli interventi attuati nell'ambito Programma Attuativo Aziendale.

I dati vengono riportati relativamente al I°, II°, e III° quadrimestre secondo le indicazioni del PRGLA. I dati sono riportati separatamente poiché risentono delle indicazioni ministeriali ed assessoriali relative al contenimento della pandemia da covid 19, diverse nel corso dell'anno a seconda della diffusione del contagio.

Si premettono le seguenti azioni intraprese a causa dell'emergenza covid:

1. Sospensione delle prestazioni con classe di priorità D e P durante il lockdown;
2. Recupero delle prestazioni sospese in modalità registrazione;
3. Riformulazione delle agende includendo ulteriori 10 minuti a visita per la sanificazione prevista dalla normativa.



Si specifica che il recupero dei pazienti non visitati a causa del blocco delle visite è avvenuto basandosi sulle liste giornaliere dei pazienti già prenotati senza effettuare, sul sistema informatico, una nuova prenotazione. Questo ha comportato, nella rilevazione ex post, il superamento, soprattutto nella classe di priorità P, dei tempi previsti per le rispettive classi. Infatti le prenotazioni effettuate prima del lockdown, alla riattivazione delle visite ambulatoriali, sono state caricate sul sistema informatico in corrispondenza della data di esecuzione della visita e pertanto risultano effettuate oltre i 120 giorni previsti. Ciò è particolarmente evidente per le branche a maggiore richiesta per le quali la consistenza numerica è particolarmente rilevante.

Di seguito abbiamo i report suddivisi per quadrimestre:

| EX ANTE I° QUADRIMESTRE 2020 |   |   |                             |   |   |                             |
|------------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|
| Periodo di valutazione       | N.totale prestazioni con classe di priorità B | N.totale prestazioni con classe di priorità B garantite | B garantite / B richieste % | N.totale prestazioni con classe di priorità D | N.totale prestazioni con classe di priorità D garantite | D garantite / D richieste % |
| <b>Totale</b>                | <b>14.147</b>                                 | <b>12.720</b>   | <b>90%</b>                  | <b>32.273</b>                                 | <b>29.361</b>   | <b>91%</b>                  |

| EX POST- media delle prestazioni critiche I° QUADRIMESTRE 2020 |   |   |                             |   |   |                             |
|--|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|
| Periodo di valutazione   | N.totale prestazioni con classe di priorità B | N.totale prestazioni con classe di priorità B garantite | B garantite / B richieste % | N.totale prestazioni con classe di priorità D | N.totale prestazioni con classe di priorità D garantite | D garantite / D richieste % |
| <b>Totale</b>  | <b>26.204</b>                                 | <b>23.376</b>   | <b>89.21%</b>               | <b>60.400</b>                                 | <b>56.264</b>   | <b>93.15%</b>               |

| EX ANTE II° QUADRIMESTRE 2020 |   |   |                             |   |   |                             |
|-------------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|
| Periodo di valutazione        | N.totale prestazioni con classe di priorità B | N.totale prestazioni con classe di priorità B garantite | B garantite / B richieste % | N.totale prestazioni con classe di priorità D | N.totale prestazioni con classe di priorità D garantite | D garantite / D richieste % |
| <b>Totale</b>                 | <b>54.143</b>                                 | <b>47.655</b>   | <b>88%</b>                  | <b>29.919</b>                                 | <b>27.729</b>   | <b>93%</b>                  |

**EX POST- media delle prestazioni critiche II° QUADRIMESTRE 2020**

| Periodo di valutazione | N.totale prestazioni con classe di priorità B | N.totale prestazioni con classe di priorità B garantite | B garantite / B richieste % | N.totale prestazioni con classe di priorità D | N.totale prestazioni con classe di priorità D garantite | D garantite / D richieste % |
|------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|
| <b>Totale</b>          | <b>69.127</b>                                 | <b>61.627</b>   | <b>89.15%</b>               | <b>43.336</b>                                 | <b>34.684</b>   | <b>80.04%</b>               |

**EX ANTE III° QUADRIMESTRE 2020**

| Periodo di valutazione | N.totale prestazioni con classe di priorità B | N.totale prestazioni con classe di priorità B garantite | B garantite / B richieste % | N.totale prestazioni con classe di priorità D | N.totale prestazioni con classe di priorità D garantite | D garantite / D richieste % | N.totale prestazioni con classe di priorità P | N.totale prestazioni con classe di priorità P garantite | P garantite / P richieste % |
|------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|
| <b>Totale</b>          | <b>23.041</b>                                 | <b>19.416</b>   | <b>84%</b>                  | <b>50.699</b>                                 | <b>47.290</b>   | <b>93%</b>                  | <b>58.229</b>                                 | <b>42.410</b>   | <b>73%</b>                  |

**EX POST-media delle prestazioni critiche III° QUADRIMESTRE 2020**

| Periodo di valutazione | N.totale prestazioni con classe di priorità B | N.totale prestazioni con classe di priorità B garantite | B garantite / B richieste % | N.totale prestazioni con classe di priorità D | N.totale prestazioni con classe di priorità D garantite | D garantite / D richieste % | N.totale prestazioni con classe di priorità P | N.totale prestazioni con classe di priorità P garantite | P garantite / P richieste % |
|------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|
| <b>Totale</b>          | <b>30.895</b>                                 | <b>26.990</b>   | <b>87.4%</b>                | <b>68.002</b>                                 | <b>53.971</b>   | <b>79.4%</b>                | <b>78.380</b>                                 | <b>48.172</b>   | <b>61.5%</b>                |

| sub-obiettivo  | indicatore   | base-line 2018 | V.R.2019 | Valore raggiunto 2020 |
|--|--|----------------|----------|-----------------------|
| Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali | Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta | SI             | SI       | SI                    |

|   |  |    |    |   |
|---|--|----|----|---|
| Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali  | Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta   | SI | Sì | Sì  |
| Monitoraggio ex post delle attività di ricovero   | Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri  | SI | Sì | Sì  |
| Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione   | Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione  | SI | Sì | Si resta in attesa di disposizioni ass.li causa covid |
| Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa   | Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale   | SI | Sì | Sì  |
| Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP   | Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta   |    | Sì | In itinere  |
| Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda | Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta |    | Sì | Sì  |

#### **Obiettivo 4 RISPETTO DEGLI STANDARD DI SICUREZZA DEI PUNTI NASCITA**

L'obiettivo viene declinato in due sub obiettivi:

- ✓ Punti nascita
- ✓ Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali

##### Punti nascita

Al fine di incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita, è stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato – Regioni.

L'ASP ha provveduto ad adeguare gli standard organizzativi, tecnologici e strutturali sia dell'area ostetrico-ginecologica che dell'area pediatrica/neonatale.

##### Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali

Al fine di monitorare le modalità organizzative predisposte per migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e di 2° livello (come previsto dal Accordo CSR



16/12/2010, recepito dal DA 2/12/2011 e s.m.i.) sono stati previsti indicatori di monitoraggio dedicati, differenziando i punti nascita senza UTIN da quelli con UTIN.

I risultati conseguiti sono tutti in linea con i target previsti, anche relativamente all'indicatore 4.2.2.2) ove, per ciascuno dei 25 ricoveri in TIN al 31/12/2020 sono stati seguiti i criteri dettati dall'Assessorato secondo il documento stilato ed inserito nelle linee guida di reparto: tutte le cartelle sono state controllate e nessuna è risultata non conforme.

| sub-obiettivo   | indicatore   | base-line 2018 | V.R.2019 | Valore raggiunto 2020 |
|---|--|----------------|----------|-----------------------|
| Punti nascita   | Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist   |                | 100%     | 100%                  |
| Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (senza TIN) | 4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)   | 0              | 0        | 0                     |
| Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (senza TIN) | 4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita   |                | 2,51%    | 3,09%                 |
| Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (con TIN)   | 4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio |                | SI       | SI                    |
| Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (con TIN)   | 4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale  | 0%             | 26%      | 16%                   |

*N.B. Dal 12/03/2020 al 03/06/2020 e dal 09/10/2020 al 31/12/2020 il Punto Nascita di Partinico è stato chiuso in quanto il Presidio è stato convertito in Covid Hospital.*

#### **Obiettivo 5 PRONTO SOCCORSO – GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO**

L'obiettivo principale delle linee di indirizzo è quello di contrastare il sovraffollamento attraverso il monitoraggio continuo, l'analisi delle criticità e l'attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (Non sovraffollamento, Sovraffollamento, Sovraffollamento severo) attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento.

Con Direttiva Assessoriale n. 9348/19 dell'Assessorato della Salute è stata richiamata l'attenzione delle Direzioni strategiche aziendali al problema del sovraffollamento dei PS e alla effettiva attuazione delle



suddette linee di indirizzo, che rivestono carattere di assoluta priorità per il S.S.R., garantendo in modo sistematico le seguenti attività:

- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento;
- l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;
- l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento.

Con Atto deliberativo n. 219 del 25/02/2019 "Preso d'atto dell'individuazione della funzione di Bed Manager, dell'istituzione del Team Aziendale e del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso (PAGS)", sono stati stabiliti i singoli cronoprogrammi sulle azioni di miglioramento, così come stabilito dalle Linee Guida D.A. 1584/2018 e dalle successive Disposizioni integrative ed attuative (prot. 9348 del 01/02/2019).

Gli interventi e delle azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento secondo le fasi indicate nel D.A. 1584/2019.

L'anno 2020, si sa, è stato particolarmente complicato. Durante l'esplosione dell'emergenza sanitaria da Covid 19 l'assetto della Medicina d'Urgenza si è molto modificato, avendo dovuto gestire malati critici infettivi, continuare a garantire cure a persone non infette ed evitare per quanto possibili contaminazioni. In questo periodo l'abituale casistica dei nostri Pronto Soccorso è diminuita soprattutto in relazione ai codici di minore gravità. Con l'avvento della pandemia, le condizioni di affollamento o anche solo di "vicinanza" fisica tra le persone sono diventate il pericolo maggiore e non sono tollerate in nessun contesto. In questa fase i PP.SS. si trovano a gestire, oltre a quelli ordinari, anche pazienti con sospetto covid, con quadro di presentazione suggestivo per covid e pazienti con patologie non correlabili al covid. Con il DPCM del 09/03/2020 e successivi, le attività di Pronto Soccorso e di ricovero in degenza ordinaria sono state modificate e adattate alle nuove esigenze, in particolare:

- ✓ Effettuazione del pre-triage per individuare i soggetti sospetti ed esecuzione dei tamponi rapidi prima dell'accesso in Pronto Soccorso;
- ✓ Priorità di accesso alla visita del paziente e la sua adeguata collocazione;
- ✓ Frequenti sanificazioni degli ambienti per impossibilità di creazioni di percorsi differenziati strutturalmente per i pazienti positivi o sospetti;
- ✓ Attesa esiti tamponi molecolari;
- ✓ Necessità di esecuzione di due tamponi molecolari per determinati pazienti con forte sospetto clinico ma negatività del precedente tampone;
- ✓ Prolungamento dei tempi di permanenza per attesa dei tamponi;
- ✓ Distanziamento dei pazienti anche nelle degenze con conseguente riduzione dei posti letto per ricovero ordinario con un impatto sull'efficienza operativa;



- ✓ Tempi di attesa allungati per le indagini strumentali e di laboratorio per le continue sanificazioni di strumenti e ambienti;
- ✓ Aumento dei trasferimenti presso altre strutture per eventuali necessità di ricovero presso particolari reparti specialistici covid dedicati.

Il P.O. di Partinico è stato convertito in ospedale covid dal 17 marzo al 4 giugno e dal 12 ottobre fino al 31 dicembre; da novembre anche i PP.OO. di Termini e Petralia sono stati dedicati all'emergenza covid.

| sub-obiettivo   | indicatore  | base-line 2018 | V.R. 2019                 | Valore raggiunto 2020  |
|---|---|----------------|---------------------------|------------------------|
| Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)   | Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2020 rispetto al 2019<br><br>N.B: Efficienza operativa $t = \frac{n.pazienti\ con\ permanenza >24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n.pazienti\ con\ permanenza < 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}$ | 0,66           | $\geq 70\%$ o $\geq 50\%$ | ↓                      |
|   | P.O. G. F. INGRASSIA  | 0,80           | 0,65                      | Ob.raggiunto al 50%    |
|   | P.O. DEI BIANCHI CORLEONE   | 0,21           | 0,14                      | Mancato raggiungimento |
|   | P.O. MADONNA DELL'ALTO - PETR. SOTTANA  | 0,41           | 0,44                      | Ob.raggiunto al 100%   |
|   | P.O. CIVICO PARTINICO   | 0,48           | 0,63                      | Ob.raggiunto al 50%    |
|   | P.O. S. CIMINO TERMINI IMERESE  | 0,39           | 0,38                      | Mancato raggiungimento |
| Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)<br>Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti<br>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;<br>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;<br>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;<br>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori | Attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019)  |                | Si                        | Si                     |

*N.B. considerando i mesi di gennaio e febbraio 2020 il miglioramento è stato netto facendo presagire il raggiungimento dell'obiettivo per tutti i presidi.*



## Obiettivo 6 DONAZIONE ORGANI

Con delibera 301 del 04/07/2019, si è provveduto a rinnovare la composizione del Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di procurement.

Si è aderito al protocollo d'intesa con il CRT relativamente all'accertamento di morte cerebrale e all'eventuale prelievo di organi e tessuti nota n° 1119/CSS del 14/05/2019, Si è organizzato nell'ambito aziendale n 1 corso di formazione e sensibilizzazione la cui prima edizione è stata effettuata 28/06/2019 e la seconda edizione è stata effettuata il 26/10/2019.

Nell'anno 2020 erano previsti n. 2 corsi aziendali di formazione che a causa dell'emergenza covid non è stato possibile espletare. Tuttavia l'attività di procurement organi e tessuti si è così espletata:

- P.O. Ingrassia un paziente con prelievo di fegato, reni e cornee;
- P.O. Civico di Partinico, nessun paziente;
- P.O. Cimino di Termini Imerese, nessun paziente.

| sub-obiettivo   | indicatore  | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|---|---|----------------|-----------|-----------------------|
| Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020) | Relazione sulla Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)   |                | Sì        | Sì                    |
| Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico   | Adesione al protocollo d'intesa con il Centro regionale Trapianti relativamente all'accertamento della morte cerebrale e all'eventuale prelievo multiorgano (rif. Nota n.1116/CSS del 14/05/2019) |                | Sì        | Sì                    |
| Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione                    | Corsi di formazione e/o sensibilizzazione organizzazione in ambito aziendale  |                | 2         | 0                     |

## Obiettivo 7 PRESCRIZIONE IN MODALITÀ DEMATERIALIZZATA

I medici dipendenti pubblici (ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, etc), sono individuati dal DA 12/08/2010 (GURS 27/08/2010) come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche. Il DA 2234/2015 (disposizioni inerenti le prescrizioni medicinali) ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione di farmaci. Tuttavia molti medici non si sono ancora adeguati. Al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nei predetti decreti, volte a semplificare a favore degli utenti le procedure di prescrizione e ridurre la conflittualità con MMG e PLS, è necessario che:

- aumenti il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata
- aumenti in maniera significativa il numero delle prescrizioni dagli stessi effettuate.

Nel 2020 viste le difficoltà avute a causa della pandemia , i valori raggiunti sono di poco inferiori all'anno precedente.

| sub-obiettivo  | indicatore   | base-line 2018                              | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|--|--|---|-----------|-----------------------|
| % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici | N. Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione / N. totale dei medici | 59,26 %<br>LUG-DIC 2018<br>specialistica    | 45,74%    | 35,05%                |
| numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS   | totale ricette DEM prescritte / medici abilitati   | 252 mensili<br>LUG-DIC 2018<br>specilistica | 279       | 274                   |

### Obiettivo 8 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento digitale regionale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che potranno essere disponibili agli operatori sanitari, in caso di necessità, per finalità di cura.

Per il buon esito del progetto FSE è necessario coinvolgere un numero significativo di cittadini ricorrendo a tutte le azioni possibili per acquisire il consenso informato per l'attivazione del FSE e per alimentarlo con i referti di laboratorio ed a seguire con altre tipologie di referto.

Il raggiungimento dell'obiettivo è basato sulla valutazione del numero dei consensi acquisiti e dei referti di laboratorio trasmessi.

Per quanto attiene l'indicatore “% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)” il completamento della fase di adeguamento delle procedure alla trasmissione delle ricette in formato CDA2-HL7, da parte del sistema informatico aziendale, è avvenuto ma vista la situazione critica, non è stato ancora possibile verificarlo perché in attesa del consuntivo dei dati rilevabili dal Portale TS di Sogei.

| sub-obiettivo  | indicatore  | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020  |
|--|---|----------------|-----------|--|
| % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati; (>5%)   | N. dei consensi informati acquisiti / N. dei pazienti ricoverati  |                | 15.7%     | 11.16%   |
| % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11) | N. dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE / N. delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11) | 0              | 4.7%      | Non ancora pervenuto il totale per problemi al portale Sogei |

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

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





L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità, 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.

L'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 30.06.2021 alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.

Nell'anno 2020 sono state intraprese le seguenti azioni:

- Con nota n.26540 del 26/05/20 è stata nominata la Responsabile aziendale P.A.C.;
- Con nota 1419 del 26/06/20 è stato individuato il personale di supporto alla funzione I.A. e al Responsabile P.A.C.;
- Con deliberazione n.178 del 12/02/2020 si è proceduto all'affidamento del servizio di Internal Audit alla Ditta KPMG Advisory S.p.A. stante la necessità di dare piena implementazione alla funzione di I.A. con un supporto professionale;
- Con deliberazione n.659 del 30/06/20 sono stati approvati ed adottati:
  - Il Manuale di Internal Audit;
  - La Relazione del Risk Assessment anno 2020;
  - Il Piano Triennale di Audit 2020.2022;
  - Il Piano annuale di Audit.
- Da luglio a dicembre sono stati effettuati gli audit previsti nel Piano di Audit 2020;
- Con nota n.6401 del 21/01/2021 è stato trasmesso all'Assessorato Regionale il monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. insieme alla griglia di rilevazione delle verifiche degli I.A., aggiornata al 31/12/2020 e la relazione di accompagnamento.

| sub-obiettivo  | indicatore   | base-line 2018 | V.R.2019 | Valore raggiunto 2020                |
|--|--|----------------|----------|--------------------------------------|
| Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.  | Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.  | Sì             | Sì       | Sì                                   |
| Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente". | Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente". | 88,70%         | 78,57%   | Nessun audit ha avuto esito negativo |

## Obiettivo 11 PIANI ATTUATIVI AZIENDALI (P.A.A.)

Il Piano Attuativo Aziendale si articola in tre Aree, come di seguito.

1. Area Sanita' Pubblica e Prevenzione
2. Area Qualita', Governo Clinico e Sicurezza Dei Pazienti
3. Area Assistenza Territoriale e Integrazione Socio-Sanitaria

### AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

#### 1.1 Sanità veterinaria

| sub-obiettivo  | indicatore  | base-line 2018  | V.R.2019   | Valore raggiunto 2020  |
|--|---|---|--|--|
| 1.1.A – Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)   | N. Aziende bovine e ovicaprine controllate / n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili                 | 9779/9827<br>99,5%  | 4745/4739<br>99,9%   | 4599/4627<br>99,39%  |
| 1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina  | Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi        | < 28 gg.  | BR bovina<br>25,28 gg<br>BR ovi-caprina<br>28,78                             | BR bovina<br>24,05 gg<br>BR ovi-caprina<br>29,01                               |
| 1.1.C – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina   | Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi       | < 53 gg.  | 50,09 gg   | 58,45 gg   |
| 1.1.D – Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006. | N. Aziende bovine e ovicaprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili | bovine<br>222/2534 =<br>8,8%<br>ovi-caprine<br>146/2226 =<br>6,5% | Aziende bovine<br>177/2487=7,1%<br>Aziende ovi-caprine<br>116/2234=<br>5,2%  | Aziende bovine<br>160/2516=6,36%<br>Aziende ovi-caprine<br>101/2248=<br>4,49%  |
| 1.1.E – Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015   | Percentuale di riduzione della prevalenza   | Dati 2015<br>Pr. Br.<br>Bovina=0,80<br>Ovicaprina=1,88            | Dati 2019<br>Pr. Br.<br>Bovina=0,33<br>=-58,8%<br>Ovicaprina=1,15<br>=-38,8% | Dati 2020<br>Pr. Br.<br>Bovina=0,41<br>=-48,75%<br>Ovicaprina=0,60<br>=-68,08% |

## 1.2. Igiene degli alimenti

| sub-obiettivo   | indicatore   | base-line 2018 | V.R. 2019  | Valore raggiunto 2020   |
|---|--|----------------|--|---|
| 1.2.A – Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS); | Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici) |                | Sì<br>L'UOC laboratorio medico di sanità pubblica e la UOS tossicologia e biochimica sono certificati ACCREDIA | Sì  |
| 1.2.B – Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché:<br>- Piano Nazionale Residui<br>- Piano monitoraggio Molluschi bivalvi (solo ME e SR)                              | Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12, rispettivamente, entro il 31 luglio ed il 31 gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata   |                | Sì<br><br>UOC SIAON<br>=486/466=104%<br>UOC SIAPZ<br>=108/108=100%<br>UOC SIAN>98%Sì                           | Sì<br><br>UOC<br>SIAOA=425/414=103%<br>UOC SIAPZ<br>=88/88=100%<br>UOC SIAN>98% |
| 1.2.C – Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)                                    | Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare   |                | Sì<br><br>3877/3877=100%Sì   | Sì<br><br>3113/3119=99,81%  |

### 1.3. Vaccinazioni

| sub-obiettivo  | indicatore   | base-line 2018  | V.R. 2019  | Valore raggiunto 2020  |
|--|--|---|--|--|
| 1.3.A – Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)   | n. soggetti vaccinati / popolazione target residente   | <b>Morbillo</b><br><b>Rosolia</b><br>1a dose Coorte 2016<br><b>9.961/10.719=92,9%</b><br>2a dose Coorti 2002<br><b>9.417/13.354=70,5%</b><br>2a dose Coorte 2000<br><b>8.847/13.383=66,1%</b><br><b>76,5%</b><br><b>Varicella</b><br>1a dose Coorte 2016<br><b>9.625/10.719=89,8%</b><br>2a dose Coorti 2002<br><b>9.881/13.354=73,9%</b><br>2a dose Coorti 2002<br><b>7.360/13.383=55%</b><br><b>72,9%</b> | Esavalente<br>10021/10594=94,59%<br><br>Morbillo<br>9882/10594=93,28%<br><br>Meningococco<br>8788/10594=82,95%<br><br>Pneumococco<br>9770/10594=92,22% | Esavalente<br>9.376/10.952=85.6%<br><br>Morbillo<br>9.647/10.952=88.8%<br><br>Meningococco<br>8.128/10.952=74.2%<br><br>Pneumococco<br>8.836/10.952=80.67% |
| 1.3.B – Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017-Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini) | Relazione sulle attività svolte  | Sì  | Sì   | Sì   |
| 1.3.C – Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale  | Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale   | 100%  | Sì<br>545362/545362=100%   | Sì<br>400.890/400.890=100%   |
| 1.3.D – Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane ( DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018   | Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione |   | Sì   | Sì   |
| 1.3.E – Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio   | Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio   | Morbillo 24/35 68,57 %<br>Rosolia 0/0 100%  | Non risultano casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia congenita  | Non risultano casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia congenita  |

|   |  |  |          |          |
|---|--|--|----------|----------|
| 1.3.F – Notifica delle malattie infettive | N. notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive) | Morbillo 35/19<br>MBI 9/9<br>TBC 34/32 | 1/1=100% | 0/0=100% |
|---|--|--|----------|----------|

#### 1.4. Tutela ambientale

| sub-obiettivo   | indicatore  | base-line 2018 | V.R.2019   | Valore raggiunto 2020                            |
|---|---|----------------|--|--|
| 1.4.A – Sorveglianza malformazioni congenite  | Segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto al 2017  |                | Da verificare su piattaforma informatica Assessorato Salute  | n.10 malformazioni neonatali n.1 IVG terapeutica |
| 1.4.B –PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute  | Raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/20        |                | Sì<br>Corso regionale BICIDI; riunione comitato tecnico reg. REACH e del gruppo di coord. Reg. REACH; riunioni mensili ispettori REACH; adesione delibera Focal Point n.360 del 25/03/2019 | Sì   |
| 1.4.D – Amianto   | Registro mesoteliomi: Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019 | 18/18<br>100%  | 12/12=100%   | 8/8=100%   |
| 1.4.E – Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016) | Report: invio entro il 31/10/2020   |                | Sì<br>(Interventi avviati)   | Sì<br>(Interventi avviati)                       |

#### 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro

| sub-obiettivo                              | indicatore  | base-line 2018 | V.R. 2019   | Valore raggiunto 2020  |
|--|---|----------------|---|--|
| 1.5.A – sorveglianza lavoratori ex esposti | invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili | -              | Report = Sì<br>aumento 10% inviti, e adesioni = NO<br><br>implementazione base arruolabili = Sì | Report = Sì<br>aumento 10% inviti, e adesioni = 740/740 (100%)<br><br>implementazione base arruolabili = Sì<br>adesioni=139/740(18.7%) |



## AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

### 2.1. Sicurezza dei pazienti

La "Relazione annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi prefissati nel piano aziendale per la gestione del rischio clinico – anno 2020" è consultabile al link <http://qualitarischioclinico.asppalermo.org/>

| sub-obiettivo  | indicatore  | base-line 2018 | V.R. 2019      | Valore raggiunto 2020 |
|--|---|----------------|----------------|-----------------------|
| 2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento | Percentuale di completezza della compilazione della scheda A e della scheda B degli eventi sentinella, comprensive cioè di analisi dell'evento avverso, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES) |                | 11/11<br>=100% | 100%                  |
| 2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento | monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)  |                | Sì             | No causa covid        |
| 2.1.B – Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella                      | Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas  |                | Sì             | No causa covid        |
| 2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali       | Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualitasicilia SSR  |                | Sì             | Sì                    |
| 2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali       | Svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette   |                | 100%           | 100%                  |
| 2.1.E – Adempimenti Legge 24/2017  | Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali   |                | Sì             | Sì                    |

### 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza

| sub-obiettivo  | indicatore   | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020              |
|--|--|----------------|-----------|------------------------------------|
| 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale   | Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita | Sì             | Sì        | Sì                                 |
| 2.2.B – La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas | Attuazione delle direttive regionali   | Sì             | Sì        | Sì ( tranne P.O.Madonna dell'Alto) |

### 2.3. PDTA

| sub-obiettivo  | indicatore   | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|--|--|----------------|-----------|-----------------------|
| 2.3.A – Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) secondo direttive regionali. | Report sulla base degli indicatori di monitoraggio specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali |                | Sì        | Sì                    |

### 2.4 Appropriatelyzza

| sub-obiettivo   | indicatore                          | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|---|-------------------------------------|----------------|-----------|-----------------------|
| 2.4.A – Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) | Rispetto degli adempimenti previsti |                | Sì        | Sì                    |

### 2.5 Outcome

| sub-obiettivo   | indicatore                                     | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|---|--|----------------|-----------|-----------------------|
| 2.5.A – Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE | Report secondo modalità indicate dalla Regione |                | Sì        | Sì                    |

### 2.6 Trasfusionale

| sub-obiettivo   | indicatore  | base-line 2018 | V.R. 2019   | Valore raggiunto 2020   |
|---|---|----------------|---|---|
| 2.6.A – Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati: Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (D n.51 del 17.01.2019) | (previsione di raccolta delle EC - raccolta a consuntivo delle EC) / previsione di raccolta delle EC                        |                | 4.559 / 4600<br>99,10%  | 4.294 / 4600<br>93.35%  |
| 2.6.B – Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018.   | Kg di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) nell'anno di riferimento - Kg. di Plasma raccolti nell'anno 2018. |                | anno 2019 =<br>1239Kg. / anno<br>2018 = 1091,57=<br>+147,43 Kg. Pari<br>a + 113% di<br>produzione | anno 2020 =<br>1.483,54Kg. /<br>anno 2019=<br>1.239=<br>+244,54 Kg. |

## AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

### 3.1. Cronicità

| sub-obiettivo  | indicatore  | base-line 2018 | V.R. 2019  | Valore raggiunto 2020 |
|--|---|----------------|------------|-----------------------|
| 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente ( <i>Diabetici</i> a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA) $\geq$ 6,5 Progetto IGEA; <i>Scompensati Cardiaci</i> a media complessità classificati in II° classe NYHA.) | N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100 |                | $\geq$ 90% | $\geq$ 95.9%          |

### 3.2 Fragilità

| sub-obiettivo  | indicatore   | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|--|--|----------------|-----------|-----------------------|
| 3.2.A – Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo | Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi |                | Sì        | Sì                    |

### 3.3. Disabilità e non autosufficienza

| sub-obiettivo   | indicatore   | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|---|--|----------------|-----------|-----------------------|
| 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità   | Formalizzazione della procedura  |                | Sì        | Sì                    |
| 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali | Tempestivo pagamento del 100%  |                | Sì        | Sì                    |
| 3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza                          | N. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali X 100 |                | 84,6%     | 80%                   |

### 3.4 Privacy

| sub-obiettivo  | indicatore   | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|--|--|----------------|-----------|-----------------------|
| 3.4.A – Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati | - Costituzione ufficio per la protezione dei dati<br>- Costituzione gruppo di lavoro |                | Sì        | Sì                    |





### Obiettivo EQUILIBRIO DI BILANCIO

Il bilancio previsionale 2020 è stato redatto dall'Azienda sulla base delle stime di assegnazione comunicate dall'assessorato seguendo l'iter; da un'analisi del risultato dell'esercizio corrente che emerge dai modelli CE del primo, del secondo e del terzo trimestre (confermato anche nel quarto trimestre in fase di perfezionamento al 31/12/2020) si evidenzia un andamento di equilibrio rispetto anche al CE previsionale 2020.

Concorrono al mantenimento dell'equilibrio di bilancio anche le attività di monitoraggio dei budget, assegnati dalla Direzione aziendale alle strutture, svolte dalla UOC CO.AN., nonché il settaggio del sistema che non consente di utilizzare altre risorse oltre l'assegnato. Inoltre, anche il miglioramento delle procedure del ciclo passivo hanno concorso al mantenimento di equilibrio di bilancio.

| sub-obiettivo  | indicatore  | base-line 2018 | V.R.2019 | Valore raggiunto 2020 |
|--|---|----------------|----------|-----------------------|
| Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute | assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate | Si             | Si       | Si                    |
|  | monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato   | Si             | Si       | Si                    |

### Obiettivo TEMPI DI ATTESA

Osservanza degli adempimenti prescritti espressamente dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), predisposto in attuazione dell'Intesa- Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019/2021 di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266 (PNGLA), al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa.

*VEDI Obiettivo 3*

### Obiettivo CONTENIMENTO SPESA PERSONALE

1. La spesa personale anno 2020, al netto di alcune voci come previsto dalla normativa, è stata inferiore rispetto al tetto di spesa anno 2004 ridotto del 1,4% pari a 308.372.486.
2. L'art. 9, comma 28 del D.L. n.78/2010 convertito nella Legge n. 122/2010 prevede, tra l'altro che "..... a decorrere dall'anno 2011, le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo ..... possono avvalersi di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite del 50% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009" e che " le disposizioni di cui al presente comma costituiscono principi generali ai fini del coordinamento



della finanza pubblica ai quali si adeguano le regioni, le province autonome, gli enti locali e gli enti del SSN”.

La spesa del personale a tempo determinato anno 2020 è superiore rispetto al 50% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell’anno 2009, anche in considerazione delle assunzioni straordinarie effettuate per fronteggiare l’emergenza covid 19.

In merito si evidenzia che il quadro normativo di riferimento costituisce il presupposto giuridico fondante della necessità di procedere ad una revisione della spesa sostenuta per le assunzioni a tempo determinato in chiave riduttiva, che sia però coniugata con la necessità imprescindibile di garantire le esigenze assistenziali che sono ad oggi garantite da varie figure professionali assunte a tempo determinato, nell’attesa del compimento delle procedure assistenziali a tempo indeterminato che sono state avviate da questa Azienda dopo lo sblocco delle stesse disposto dall’Assessorato Regionale della Salute.

Pertanto, il riallineamento dei limiti di spesa per le assunzioni a tempo determinato ai parametri fissati dall’art.9, comma 28 del D.L. n.78/2010, nel testo convertito, non può del tutto avere attuazione fino a quando non si procederà al completamento delle assunzioni a tempo indeterminato. Questa Azienda ha comunque provveduto, ove possibile, alla contestuale cessazione, per i corrispondenti profili, dei rapporti di lavoro a tempo determinato in una visione di programmata gradualità temporale per garantire proprio quelle esigenze assistenziali di cui sopra è cenno, fatte salve evidentemente quelle situazioni sopravvenute che possono comportare una sofferenza degli organici, pur in presenza di procedure assunzionali avviate.

| sub-obiettivo  | indicatore                              | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|--|---|----------------|-----------|-----------------------|
| Rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n. 190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/2009 | Rispetto del tetto di spesa (relazione) | Sì             | Sì        | Sì                    |
| Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato     | Redazione del programma                 | Sì             | No        | No                    |

## **Obiettivo CONTENIMENTO SPESA BENI E SERVIZI**

### **Provveditorato**

Si conferma per l’anno 2020 che nell’espletamento delle procedure necessarie per l’acquisizione di beni e servizi, fatta eccezione per le Gare centralizzate programmate (CUC e/o di bacino) si è fatto sempre



ricorso a procedure Consip e Me.Pa., come previsto dalla normativa vigente per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno. Il tutto, comunque, nel rispetto della normativa nazionale e regionale nel caso in cui i prezzi fossero competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori.

Ove invece i prodotti e i servizi da approvvigionare non siano risultati presenti su Consip o Me.Pa o altre centrali di committenza e nel caso in cui si sia dovuto fare ricorso ad un operatore esclusivista ( in presenza di stringente motivazione circa l'esclusività che possa autorizzare l'affidamento diretto) ovvero ancora le basi d'asta delle singole procedure siano risultate superiori alla soglia comunitaria, si è fatto ricorso , come previsto dalla normativa di riferimento ex art.58 del D.Lgs. 50/2016, alla piattaforma di eprocurement Maggioli che è stata appositamente utilizzata per le negoziazioni e le procedure aperte.

Inoltre, si conferma che sono sempre stati rispettati tetti di spesa previsti dal Budget assegnato, garantendo il contenimento e riduzione della spesa.

#### **Progettazione e Manutenzione**

Le procedure di acquisto di beni e servizi da parte della UOC Progettazione e Manutenzione sono state esperite facendo esclusivo ricorso a CONSIP, ME.PA., ed alle Centrali uniche di Committenza.

#### **Logistica e servizi esternalizzati**

In riferimento all'obiettivo aziendale "Contenimento della spesa per beni e servizi" afferente tutte le linee d'intervento della UOC Logistica e servizi esternalizzati, nell'anno 2020 si è fatto ricorso esclusivamente alle procedure Consip/MePa, così come regolamentato dalla normativa vigente in materia, sia a livello nazionale che regionale. Non si è fatto ricorso ad affidamenti diretti non giustificati né sistematici per l'affidamento dei servizi di competenza, né sono stati rinnovati contratti in difetto di programmazione.

| sub-obiettivo  | indicatore   | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|--|--|----------------|-----------|-----------------------|
| Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi. In particolare, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di Bacino), dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure Consip e Me.Pa, ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett d) della Legge 7 agosto 2012, n. 135 di conversione con modificazioni del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e, comunque, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale e dei relativi atti regolamentari e/o attuativi nel caso in cui i prezzi siano competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori<br>In ogni caso , è fatto divieto al ricorso a procedure negoziate e di urgenza — con esclusione dei casi di privativa industriale — non giustificato e sistematico ed il rinnovo di contratti in difetto di programmazione | Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi |                | Sì        | Sì                    |

## Obiettivo CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Dalle ultime rilevazioni dei dati emerge che la situazione pandemica ha inciso su tutte le attività relative al monitoraggio della spesa farmaceutica. La gran parte delle analisi è stata portata avanti mediante una fitta corrispondenza di note o avvisi con la classe medica o tramite i Distretti Sanitari relativamente a problematiche di appropriatezza prescrittiva. In particolare oltre alle 9 categorie oggetto del DA1634/19, è stata attenzionata l'ATC degli R03, ovvero i farmaci dell'apparato respiratorio. Importanti ripercussioni sulla spesa sono state determinate dal rinnovo automatico dei piani terapeutici vista la riduzione di accesso alle strutture ospedaliere. Altro motivo di spesa è stato l'impatto dei nuovi farmaci, ben 57 nuove specialità, quasi tutti in fascia H o A-PHT. Di seguito si analizzano brevemente i 4 ambiti della spesa farmaceutica:

1. Per distribuzione diretta
  2. Convenzionata
  3. Ospedaliera aziendale e farmaci innovativi
  4. Per distribuzione per conto
1. Nel corso del 2020, la maggiore novità che ha modificato i processi distributivi in forma diretta è stata la domiciliazione delle terapie, a partire da marzo, con circa 550 consegne a domicilio a settimana. Facendo un raffronto con l'anno precedente avremo:

| Report verifica Flusso Distribuzione Diretta |        |                |
|--|--------|----------------|
|  | Record | Importo        |
| 2019   | 76.651 | € 42.658.745,7 |
| 2020   | 70.800 | € 47.949.726,9 |

L'aumento della spesa si riferisce all'erogazione in favore dei pazienti cronici e la prescrizione non è stata influenzata dalla pandemia ma all'aumento di tutte le categorie di farmaci (tranne l'ormone somatotropo).

2. Nel corso dell'anno c'è stato un aumento delle farmacie convenzionate a seguito di nuove sedi istituite con concorso straordinario. Considerato che l'ASP rimborsa i costi dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica al netto dello sconto da praticare al SSN, le nuove farmacie, avendo un fatturato minimo iniziale, hanno avuto praticati maggiori costi previsti dalla normativa con un aumento della spesa globale. La spesa inoltre ha avuto un forte rialzo a causa del consumo di ossigeno liquido o gassoso (circa un milione di euro) e delle terapie cardiovascolari.
3. Con la trasformazione di tre presidi ospedalieri su cinque in Covid Hospital, si è avuto un aumento di spesa dei farmaci utilizzati per terapie covid, sia dei dispositivi medici e del materiale sanitario. In particolare: anno 2019 -> € 5.972.695,55



Anno 2020 -> € 8.657.814,46

In questo capitolo di spesa sono inclusi i farmaci innovativi e nel corso del 2020 sono state acquistate ben 21 specialità medicinali classificati quali innovativi rispetto ai 12 dell'anno precedente.

4. La spesa farmaceutica per la distribuzione per conto non ha subito grandi modifiche. Si è provveduto alla conclusione di tutti gli addebiti in corso e alla chiusura forzata dei procedimenti di verifica. Tutto ciò però è stato rallentato da un fattore rilevante: la messa in quiescenza di circa il 50% dei dirigenti farmacisti assegnati all'Ufficio.

Il Dipartimento Farmaceutico ha attivato tutte le misure finalizzate al contenimento della spesa, la completa divulgazione dei nuovi indicatori di consumo ai medici dell'ASP e l'avvio delle azioni di monitoraggio.

#### **Obiettivo FLUSSI INFORMATIVI**

Il raggiungimento degli obiettivi nel corso dell'anno 2020 è stato reso più difficoltoso da due eventi imprevedibili:

1. La pandemia da covid 19, con i conseguenti risvolti sull'attività lavorativa di tutte le strutture assistenziali e non;
2. La riorganizzazione dell'assetto aziendale con il trasferimento di risorse umane e delle relative competenze che hanno provocato in alcuni casi la perdita di personale con una conoscenza ed una pratica di diversi anni.

Tuttavia, tutti i flussi regionali e ministeriali sono stati costantemente monitorati e regolarmente inviati.

Inoltre l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo è stata oggetto del progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione — CIG 6891146194"

Il Progetto ha previsto adozioni di metodologie di condivisione e di costante monitoraggio al fine di evidenziare criticità relative ai flussi informativi:

- Beni e Servizi; • Personale Dipendente; • Personale Convenzionato; • Controllo di Gestione.

Tutti i flussi sono certificati per completezza e qualità del dato da parte del Responsabile della struttura di produzione del flusso.

Nel corso dell'anno si sono tenute diverse riunioni, specie online, con i responsabili, i referenti e i tecnici della ditta Dedalus per una verifica delle problematiche nell'intento di migliorare l'interfaccia dei vari software utilizzati.

| sub-obiettivo  | indicatore  | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|--|---|----------------|-----------|-----------------------|
| Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi", sia di istituzione nazionale che regionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alla qualità del dato, anche, in termini di coerenza con altre fonti informative e, di completezza, avuto riguardo tanto alle strutture di competenza dell'Azienda che alla periodicità di ciascun file, secondo i criteri di valutazione che saranno specificati con separato atto dell'Assessorato | Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi" (monitoraggio e azioni di miglioramento) | Sì             | Sì        | Sì                    |

### Obiettivo PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Nell'anno 2020 è stato adottato il PTPC 2020-2022, giusta delibera n.106 del 19/01/2020, ove, tra l'altro, sono state indicate le aree di rischio generali e specifiche nonché le misure ritenute idonee a prevenire i fenomeni di corruzione integrate e diramate, a tutti i referenti Aziendali, con circolare prot. n. 22 del 11/02/2020 e con successiva nota prot. n. 102 del 04/09/2020, dove in particolare è stato effettuato il monitoraggio degli adempimenti delle attività relative ai contratti pubblici, alla gestione delle entrate e delle spese, alle procedure riguardanti gli incarichi e le nomine, nonché alle attività riguardanti l'ambito farmaceutico, sponsorizzazioni e sperimentazioni.

Con nota n.110 di settembre è stato effettuato il monitoraggio sulle attività riguardanti il rispetto dei termini procedurali, nonché l'esercizio dell'attività libero professionale-intramuraria.

Con nota prot. n.121/Prev.Corr di ottobre è stato effettuato il monitoraggio degli adempimenti relativi alla rotazione, ai patti d'integrità, allo svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro, nonché alla gestione delle liste di attesa.

È stata inoltre dettagliatamente realizzata dai Referenti Aziendali la mappatura dei processi, ai sensi di quanto previsto nel P.N.A. 2019.

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

Vista la notevole quantità di documenti e dati da pubblicare, sono state programmate innovazioni ed automazioni volte alla pubblicazione relative alla Trasparenza mediante la creazione di apposite interfacce WEB attraverso cui, ogni soggetto produttore di dati e documenti, possa procedere direttamente alla pubblicazione on line.

Per quanto riguarda l'Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza, non è stato redatto il Piano Triennale per l'integrità e la trasparenza in quanto non è più previsto come tale ma la vigente normativa prevede che esso faccia parte integrante del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC). In tale forma è stato regolarmente aggiornato, adottato dalla Direzione Aziendale e pubblicato sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente" e prevede, tra l'altro, l'individuazione degli attori



che producono i dati e li pubblicano direttamente o li comunicano alla struttura preposta alla pubblicazione entro i tempi indicati.

Il monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali viene effettuato regolarmente con cadenza semestrale e sino ad oggi non ha dato adito a contestazioni, tenuto conto della mancata consegna, da parte della ditta incaricata di realizzare una nuova versione del sito “Amministrazione Trasparente”, indispensabile a semplificare l’iter di pubblicazione diretta dei dati da parte delle Strutture.

Il P.T.P.C. 2020-2022 e la Relazione annuale del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione sono pubblicati sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Altri contenuti / Prevenzione della Corruzione.

| sub-obiettivo   | indicatore   | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|---|--|----------------|-----------|-----------------------|
| Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corrutivi in sanità  | Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione: redazione Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali                        | Sì             | Sì        | Sì                    |
| Osservanza degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico | Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza: redazione del Piano Triennale per l'integrità e la trasparenza e monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali. Gestione del sito internet aziendale. | Sì             | Sì        | Sì                    |

### Obiettivo LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

Anno 2020 – Medici autorizzati all’ALPI n.160, così suddivisi: Dirigenti Medici dipendenti n.152; Specialisti ambulatoriali n. 8. Inoltre, è stata stipulata n.1 convenzioni in ALPI con altri Enti.

L’attività si svolge esclusivamente dai sanitari che effettuano prestazioni ambulatoriali all’interno dei locali dell’ASP e/o presso strutture accreditate. L’ALPI deve essere espletata per le prestazioni sanitarie ricomprese nei LEA. Tutto il regolamento è racchiuso nel Piano ALPI 2021.

| sub-obiettivo  | indicatore  | base-line 2018 | V.R. 2019 | Valore raggiunto 2020 |
|--|---|----------------|-----------|-----------------------|
| Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia di libera professione intramuraria ai sensi dell’art. 1 comma 7 della legge 3 agosto 2007 n. 120 e s.m.i. | Osservanza delle disposizioni in materia (monitoraggio e relazione) | Sì             | Sì        | Sì                    |

#### 4.3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2020- OBIETTIVI ANNUALI 2020 PER STRUTTURA

La Direzione Strategica ha declinato gli obiettivi strategici triennali, individuando opportuni obiettivi operativi per l'anno 2020 che consentano di perseguire gli obiettivi strategici stabiliti, quindi li ha assegnati alle macrostrutture (Dipartimento – Distretto Sanitario – Distretto Ospedaliero e UU.OO. di Staff) e alle singole strutture complesse. Inoltre, sono definiti ulteriori obiettivi annuali per le aree non coperte dagli obiettivi specifici triennali.

Per l'anno 2020 i valori di performance organizzativa raggiunti dalle strutture assegnatarie di obiettivi, sulla base di quanto rendicontato dai responsabili delle medesime strutture e esaminato/riscontrato dal Controllo di Gestione, e a seguito della valutazione dell'OIV, sono di seguito riportati:

| STRUTTURE ASSEGNATARIE DI OBIETTIVI DI BUDGET 2020 |  | % raggiungimento Performance organizzativa Anno 2020 |
|--|--|--|
| <b>UU.OO. della Direzione Aziendale</b>            |  |  |
|  | Coordinamento staff strategico (UOC)                                     | 100%   |
|  | Programmazione, Controllo di Gestione – SIS (UOC)                        | 100%   |
|  | Legale (UOC)   | 100%   |
|  | Psicologia (UOC)   | 100%   |
|  | Servizio Prevenzione e Protezione (UOC)                                  | 100%   |
|  | Educazione alla Salute Aziendale (UOS)                                   | 100%   |
|  | Sorveglianza Sanitaria (UOS)   | 100%   |
| <b>I Dipartimenti Sanitari funzionali</b>          |  |  |
|  | Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie (UOC)    | 100%   |
|  | Medicina legale e fiscale (UOC)  | 100%   |
|  | Integrazione socio-sanitaria (UOC)                                       | 100%   |
|  | Ospedalità pubblica (UOC)  | 100%   |
|  | Ospedalità privata (UOC)   | 100%   |
|  | Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare (UOC) | 100%   |
| <b>I Dipartimenti Sanitari strutturali</b>         |  |  |
| <b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>                 |  | 100%   |
|  | HACCP - RSO (UOC)  | 100%   |
|  | Sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva (UOC)               | 100%   |
|  | Igiene degli ambienti di vita (UOC)                                      | 100%   |
|  | Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale (UOC)     | 100%   |
|  | Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (UOC)                   | 100%   |
|  | Impiantistica ed antinfortunistica (UOC)                                 | 100%   |



|   |  |        |
|---|--|--------|
|   | Laboratorio medico di sanità pubblica (UOC)  | 100%   |
| <b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO</b>  |  | 100%   |
|   | Igiene urbana e lotta al randagismo (UOC)  | 100%   |
|   | Sanità animale – Area A (UOC)  | 100%   |
|   | Igiene della produzione degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B (UOC) | 100%   |
|   | Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C (UOC)                   | 100%   |
| <b>DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA</b> |  | 100%   |
|   | Modulo 1 (UOC) <i>Misilmeri-Palermo</i>  | 100%   |
|   | Modulo 2 (UOC) <i>Palermo</i>  | 100%   |
|   | Modulo 3 (UOC) <i>Palermo</i>  | 100%   |
|   | Modulo 4 (UOC) <i>Palermo</i>  | 100%   |
|   | Modulo 5 (UOC) <i>Palermo</i>  | 100%   |
|   | Modulo 6 (UOC) <i>Termini Imerese-Bagheria</i>   | 100%   |
|   | Modulo 7 (UOC) <i>Cefalù-Petralia Sottana</i>  | 100%   |
|   | Modulo 8 (UOC) <i>Corleone-Lercara Friddi</i>  | 100%   |
|   | Modulo 9 (UOC) <i>Partinico-Carini</i>   | 100%   |
|   | Dipendenze patologiche (UOC)   | 100%   |
|   | Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale (UOC)                     | 100%   |
| <b>DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO</b>  |  | 96.30% |
|   | Salute della donna e del bambino territoriale (UOC)                                      | 100%   |
|   | DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Ginecologia e ostetricia (UOC)                         | 95%    |
|   | DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Ginecologia e ostetricia (UOC)                | 91.75% |
|   | DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Pediatria (UOC)                               | 100%   |
|   | DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Ginecologia e ostetricia (UOC)                   | 90%    |
|   | DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Neonatologia (UOC)                               | 100%   |
| <b>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</b>  |  | 100%   |
|   | Farmacie (UOC)   | 100%   |
|   | Farmaco e farmacoepidemiologia (UOC)   | 100%   |
|   | Distretto farmaceutico PA 1 (UOC) con sede al P.O. "Civico" di Partinico                 | 100%   |
|   | Distretto farmaceutico PA 2 (UOC) con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese        | 100%   |
| <b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO</b>   |  | 100%   |
|   | DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Patologia clinica (UOC) [lab. core]                    | 100%   |
|   | DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Patologia clinica (UOC) [lab. core]           | 100%   |
|   | DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Patologia clinica (UOC) [lab.core+s]             | 100%   |
|   | DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Anatomia Patologica (UOC)                        | 100%   |
|   | Medicina trasfusionale (UOC)   | 100%   |
| <b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b>   |  | 99.85% |
|   | DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Radiodiagnostica + TAC (UOC)                           | 100%   |
|   | DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Radiodiagnostica + TAC (UOC)                  | 97%    |
|   | DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Radiodiagnostica + TAC e RMN (UOC)               | 100%   |

|  |   |        |
|--|---|--------|
| <b>DIPARTIMENTO DELLE ANESTESIE, DELLE TERAPIE INTENSIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE</b>  |   | 96%    |
|  | DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Anestesia e rianimazione (UOC)  | 100%   |
|  | DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Anestesia e rianimazione (UOC)                               | 100%   |
|  | DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Anestesia e rianimazione (UOC)                                  | 100%   |
| <b>i Distretti Sanitari</b>  |   |        |
|  | <b>Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)</b>   | 100%   |
|  | <b>Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)</b>   | 100%   |
|  | <b>Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)</b>   | 100%   |
|  | <b>Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)</b>  | 100%   |
|  | <b>Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)</b>  | 100%   |
|  | <b>Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)</b>   | 100%   |
|  | <b>Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)</b>   | 100%   |
|  | <b>Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)</b>   | 95%    |
|  | <b>Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)</b>  | 100%   |
|  | <b>Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)</b>   | 100%   |
|  | PTA "Biondo" (UOC)  | 100%   |
|  | PTA "Casa del Sole" (UOC)   | 100%   |
|  | PTA "E. Albanese" (UOC)   | 100%   |
|  | PTA "Guadagna" (UOC)  | 100%   |
|  | PTA "PA Centro" (UOC)   | 100%   |
| <b>i Distretti Ospedalieri</b>   |   |        |
| <b>Distretto Ospedaliero n.1 - PP.OO. integrati "Civico" di Partinico e "Dei Bianchi" di Corleone</b>                            |   |        |
|  | Direzione Sanitaria (UOC) - [interospedaliera] con sede al P.O. "Civico di Partinico"                   | 100%   |
|  | Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "Civico" di Partinico          | 100%   |
| <b>P.O. "Civico" di Partinico</b>  |   |        |
|  | Medicina interna (UOC)  | 97.75% |
|  | Cardiologia-UTIC (UOC)  | 100%   |
|  | Chirurgia generale (UOC)  | 82.73% |
|  | Ortopedia e traumatologia (UOC)   | 95.84% |
| <b>P.O. "Dei Bianchi" di Corleone</b>  |   |        |
|  | Funzioni igienico-organizzative (UOS)   | 100%   |
|  | Medicina interna (UOC)  | 95.74% |
|  | Chirurgia generale (UOS)  | 97.92% |
| <b>Distretto Ospedaliero n.2 - PP.OO. integrati "S. Cimino" di Termini Imerese e "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana</b> |   |        |
|  | Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese | 100%   |
| <b>P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese</b>   |   |        |
|  | Direzione Sanitaria (UOS)   | 100%   |
|  | Medicina interna (UOC)  | 91.49% |
|  | Chirurgia generale (UOC)  | 97.92% |
|  | Otorinolaringoiatria (UOC)  | 100%   |

|   |  |        |
|---|--|--------|
|   | Ortopedia e traumatologia (UOC)  | 82.09% |
| <b>P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana</b>   |  |        |
|   | Funzioni igienico-organizzative (UOS)  | 100%   |
|   | Medicina interna (UOC)   | 94.68% |
| <b>Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo</b> |  |        |
|   | Direzione Sanitaria (UOC) - [interospedaliera] con sede al P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo          | 100%   |
|   | Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo | 100%   |
| <b>P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo</b>   |  |        |
|   | Gastroenterologia ed endoscopia - Screening colon retto (UOS)  | 100%   |
|   | Medicina interna (UOC)   | 93.62% |
|   | Cardiologia-UTIC con emodinamica (UOC)   | 95.74% |
|   | Geriatria (UOC)  | 93.62% |
|   | Chirurgia generale (UOC)   | 83.34% |
|   | Ortopedia e traumatologia (UOC)  | 89.39% |
| <b>Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo</b>  |  |        |
|   | Medicina fisica e riabilitazione intensiva (UOC)   | 100%   |
|   | Medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale (UOC)   | 100%   |
| <b>I Dipartimenti Amministrativi</b>  |  |        |
| <b>DIPARTIMENTO RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI</b>   |  | 98.34% |
|   | Gestione giuridica e sviluppo organizzativo (UOC)  | 99.89% |
|   | Gestione economica e previdenziale (UOC)   | 92.89% |
|   | Affari generali e convenzioni (UOC)  | 99.89% |
|   | Trattamento economico personale convenzionato (UOC)  | 99.89% |
| <b>DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO</b>   |  | 100%   |
|   | Bilancio e programmazione (UOC)  | 100%   |
|   | Contabilità analitica e patrimonio (UOC)   | 100%   |
|   | Contabilità generale e gestione tesoreria (UOC)  | 100%   |
|   | Progettazione e manutenzioni (UOC)   | 100%   |
|   | Provveditorato (UOC)   | 100%   |
|   | Logistica e gestione servizi esternalizzati (UOC)  | 100%   |

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



#### 4.4. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

L'articolo 7, comma 2, lett. a) del d.lgs. 150/2009 stabilisce che all'Organismo indipendente di valutazione "compete la misurazione e valutazione della performance organizzativa di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso".

In questa sezione, quindi, si riporta la relazione dell'OIV relativa alla valutazione della performance organizzativa e individuale - anno 2020.

|   |
|---|
| <b>RELAZIONE DELL'OIV RELATIVA ALLA<br/>VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE - ANNO 2020</b> |
|---|

Oggetto: Valutazione obiettivi organizzativi 2020.

Ricevute le schede con la misurazione dei risultati degli obiettivi organizzativi del 2020, l'OIV ha effettuato un primo sommario esame con le Responsabili sia dell'UOC Programmazione e Controllo di Gestione che della Struttura Tecnica Permanente, tendente ad acquisire elementi sull'andamento generale riportato dalla *performance* dell'ASP-PA.

Nei giorni precedenti, e subito dopo il suo insediamento, si era tenuto l'incontro con il Dott. Salvatore Bellomo, neo direttore dell'UOC Programmazione e Controllo subentrato alla Dott.ssa Mariagiuseppina Montagna. Al dott. Bellomo, nell'augurare buon lavoro, l'OIV ha rappresentato che nei due anni in cui è stato in carica, è stato rilevato che il sistema degli obiettivi collegato al miglioramento della *performance* aziendale ha necessità di essere rigenerato per conseguire le finalità che il Governo della Funzione Pubblica si attende. Il supporto a tale impegno va fatto in applicazione della normativa vigente, delle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché delle altrettante cogenti disposizioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Si tratta di una normativa piuttosto stringente a fronte di taluni aspetti della gestione degli obiettivi dell'ASP che non appaiono ricalcare quanto richiesto.

Deve essere premesso che alla base dell'individuazione degli obiettivi deve vigere l'idea fondante della ricerca e dell'identificazione delle criticità esistenti sul piano dell'efficienza organizzativa e dell'efficacia delle azioni che ciascun ufficio è chiamato a porre in essere, con la finalità unica di adottare gli opportuni interventi correttivi delle criticità esistenti: quindi, gli obiettivi sia organizzativi che individuali sono materia da personalizzare rispetto alle insufficienze individuate e che è doveroso risolvere: solo così si ha il miglioramento continuo della *performance*, iniziativa dopo iniziativa, anno dopo anno.



Questo OIV è orgoglioso di poter offrire il modesto contributo all'ASP di Palermo, perché essa è l'ASP più grande della Sicilia e una delle più vaste d'Italia. Tale orgoglio non manca nei dirigenti e nel personale dell'azienda, nelle cui mani sta l'adozione e il perseguimento delle giuste azioni finalizzate alla migliore promozione dei servizi della salute offerti ai cittadini.

L'analisi più attenta degli obiettivi organizzativi ripropone anche quest'anno osservazioni già avanzate in analoghe precedenti occasioni. Nel 2020, l'OIV, seguendo le *Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance* (n.2/2017) del Dipartimento della Funzione Pubblica, sugli obiettivi del 2019, ha provato a sviscerare i contenuti di ognuno di essi, l'adeguatezza dell'indicatore, il target assegnato e il risultato conseguito, con lo scopo che nel 2020 – anno a cui si riferisce la presente valutazione – fossero aggiornati i punti su cui aveva dato indicazione alla riformulazione. L'OIV, oltre ad assumere come riferimento la predetta linea guida, nella conduzione dell'analisi ha tenuto in conto il D. Lgs. 150/2009 e, per quanto riguarda la prevenzione della corruzione e la trasparenza, il D. Lgs. 33/2013 e ogni altra disposizione dell'ANAC. L'auspicio era che, facendo proprie le osservazioni dell'OIV, ci si avviasse a una maggiore coerenza del significato e del valore degli obiettivi alle disposizioni del legislatore nonché a una loro maggiore utilità ai fini del miglioramento delle attività aziendali.

L'OIV, a parte quest'anno – complice la tristissima pandemia del Covid-19 –, avrebbe piacere di affermare che gli obiettivi dell'ASP di Palermo possano efficacemente migliorare la *performance* organizzativa, dimostrabile e rilevabile attraverso la loro connessione con le criticità che si vuol correggere, passaggio obbligato per la crescita della *performance* aziendale. I risultati degli obiettivi "contrattuali" del gruppo "Esiti" mostrano in tutta evidenza quanto testé affermato. È evidente che per arrivare a questo risultato atteso, che diventa il vero obiettivo di tutta l'ASP-PA, occorre la traduzione degli obiettivi in indicatori oggettivamente misurabili, a cui deve concorrere il Sistema Informativo Aziendale. Almeno per quanto è a conoscenza dell'OIV, pochi sono gli obiettivi organizzativi oggettivamente misurabili, a parte quelli degli obiettivi "ESITI" provenienti dalle SDO, mentre altri sono comunicati direttamente dalle strutture interessate. Altra prassi non conforme all'oggettività del rilevamento è la "relazione a giustificazione degli obiettivi non conseguiti", la cui approvazione promuove l'obiettivo al massimo risultato atteso. Di solito i motivi addotti riguardano il sopravvenire di cause esogene o endogene, il che appartiene all'attività di monitoraggio del Controllo di Gestione che deve intervenire in corso d'opera per modificare il target e/o gli obiettivi – se il caso – per renderli più coerenti alle mutate condizioni.

Altro punto che si deve mettere a fuoco è che gli obiettivi devono essere raggiungibili ma devono risolvere del tutto, o anche parzialmente, – se l'obiettivo finale è raggiungibile in più passaggi – la criticità individuata. Senza individuazione della criticità di fondo l'obiettivo è vano.



L'attività dell'OIV non riguarda l'approvazione o meno della misurazione fatta dal Controllo di Gestione, bensì la valutazione se gli obiettivi abbiano o meno: a) addotto il miglioramento organizzativo; b) offerto la possibilità di ridefinire gli obiettivi dell'amministrazione; c) valorizzato le risorse umane attraverso gli strumenti di riconoscimento del merito e i metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa previsti dalla normativa vigente (DFP, L.G. 2/2017, § 4.3).

Certamente il 2020 non è stato l'anno ideale per intervenire a più livelli nella ristrutturazione del sistema degli obiettivi aziendali, quali l'analisi delle criticità dei servizi dell'ASP, la formulazione degli obiettivi strategici e organizzativi, il coinvolgimento del sistema informativo aziendale, la comunicazione al personale e la condivisione delle innovazioni di sistema, e quanto utile a far virare verso una prassi che sia oggettivamente più efficace di quella posta in essere ad oggi. Anche il 2021 ha obiettivi di analoga "manifattura" di quelli di qui in esame. È chiaro che quanto suggerito richiede un investimento in termini di impegno e di tempo, per cui, per arrivare a gennaio 2022 con una rinnovata tavola di obiettivi, è necessario che si cominci fin da subito a pianificare le attività.

È obbligo dell'OIV tener conto delle difficoltà in cui si è svolta l'attività nel 2020, quando il 09 marzo il Governo ha posto gli italiani in isolamento, e i cui contraccolpi hanno generato metodi operativi mai prima sperimentati nello svolgersi delle attività degli uffici pubblici, e conseguente modifica dei contesti esterno e interno.

#### *Contesto esterno*

La gravissima pandemia da COVID-19 nell'anno 2020 ha afflitto la scena nazionale e internazionale, le famiglie, i singoli individui, il mondo del lavoro pubblico e privato, e ha modificato l'assetto sociale incidendo negativamente nei rapporti tra le persone e nell'organizzazione interna della società. Essa ha sovvertito l'ordinario modo di lavorare e ha modificato l'assetto organizzativo degli ospedali che hanno dovuto distrarre le risorse umane e strumentali dall'ampio pool dei servizi per le patologie di elezione, a quello improvvisamente e drammaticamente ingigantito delle urgenze in ambito infettivologico e rianimatorio. Ad esclusione del periodo estivo 2020, tutto l'anno è stato occupato dall'emergenza COVID. Tali danni hanno imposto ai siciliani un lungo periodo di isolamento protrattosi nel corrente anno 2021, con difficoltà a lavorare, a frequentare gli uffici, nonché a curarsi anche per via delle deteriorate condizioni economiche e sociali. L'attenzione operativa è stata polarizzata su più livelli della società e, specie in Sanità, ha investito le aziende e il personale sanitario e amministrativo, sottoponendoli a un lavoro aggiuntivo per fronteggiare le nuove inefficienze che sopraggiungevano, chiamandoli a organizzare rapidamente tutte le urgenze che il tragico momento generava, con la conseguenza di dover divergere in maniera imprevedibile e repentina dai programmi operativi del Piano della *performance* 2020-2022. Realtà che si spera che non torni mai più.

#### *Contesto interno*



Le ripercussioni nel contesto interno di quel che stava accadendo nel contesto esterno sono state numerose e rilevanti. Per quanto attiene alla compagine amministrativa, l'impedimento o le difficoltà a spostarsi per raggiungere il posto di lavoro, insieme all'obbligo del distanziamento interpersonale, hanno promosso *tout court* il "lavoro a distanza" con il ricorso ai collegamenti online. Alcune prestazioni sanitarie ritenute meno urgenti sono state inevitabilmente rallentate, dovendo garantire priorità ad altre attività indifferibili, con la conseguenza aggiuntiva che la cittadinanza ha dovuto rinunciare ad alcuni servizi. Infatti, interi reparti si sono dovuti smantellare per offrire assistenza ai soggetti affetti da infezione da coronavirus, il che ha inciso negativamente e incolpevolmente sulla produzione assistenziale di diverse unità operative. Si sono dovuti prendere numerosi provvedimenti per rendere possibile il distanziamento interpersonale dei dipendenti tra loro e di questi con l'utenza, la quale ha reclamato a volte per le difficoltà di gestione dei punti di *front office* (Relazione 2020 del responsabile della Trasparenza)

A maggio 2020 l'ASP-PA è stata investita dall'indagine della Procura della Repubblica di Palermo, nota come «Sorella Sanità», per fatti accaduti durante la precedente amministrazione. Diversi uffici hanno sottratto tempo alle attività programmate per dar celere seguito alle ricerche degli inquirenti. Questi brevi cenni indicano le gravi difficoltà in cui la dirigenza e il personale hanno dovuto operare.

Fatta questa premessa, l'OIV, prima di procedere all'analisi e valutazione degli obiettivi e dei risultati, 2020 rassegna le osservazioni di seguito esposte.

1. È verosimile che il drastico cambiamento di programma nelle azioni da svolgere nel 2020 abbia negativamente inciso nel mantenimento degli usuali e ordinari livelli di efficienza organizzativa perché tante energie sono state spostate per conseguire elevati standard di *performance* su obiettivi diversi rispetto a quelli individuati nel Piano Triennale della *performance* 2020-2022 (Piano). La promozione del "lavoro agile", almeno nella sua fase iniziale, ha verosimilmente costituito momenti di inefficienza funzionale. Nel dicembre 2020 il Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) ha emanato le "Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance" di cui si dovrà tenere conto nella programmazione delle attività del 2021, integrando e aggiornando l'attuale Sistema di Misurazione e Valutazione della *performance* dell'ASP.

2. L'OIV rileva che l'avverarsi delle rilevanti cause esogene (pandemia) ed endogene ("Sorella Sanità") – fra l'altro di natura diversa tra loro ed entrambe gravi –, avrebbe dovuto comportare nel 2020 la riedizione del Piano con la definizione di nuovi obiettivi strategici e organizzativi. È evidente che ciò avrebbe comportato un'accurata analisi delle nuove criticità in un drammatico contesto di urgenze operative insolite nel modificato assetto organizzativo e operativo del personale. Pertanto, non sorprende che il personale abbia incontrato oggettive difficoltà a realizzare in pochi mesi ciò che necessita di un lungo e condiviso processo di ristrutturazione organizzativa del piano degli obiettivi a vari livelli.



3. La materia che l'OIV è chiamato ad analizzare è costituita dagli obiettivi del Piano relativi al 2020 e dal loro risultato. Su di essi si rileva che l'ASP-PA ha operato ridefinendo in corso d'opera i target e i volumi di attività adeguandole a risultati raggiungibili nelle difficili circostanze del 2020. Si è già detto che gli obiettivi del Piano definiti per il triennio 2021-2023 hanno costituito un'attività da porre in essere in maniera subordinata rispetto alla contingibilità delle urgenze del 2020. Rimanendo tuttavia invariati nel Piano, essi chiedevano di essere perseguiti. Nei fatti però l'impegno del personale ha gravato più sul perseguimento di obiettivi non formalizzati che sui formalizzati del Piano: ed è questa la ragione per cui l'ASP ha agito riducendo i target, lasciando inalterati gli obiettivi, il che fa ritenere che il raggiungimento degli obiettivi sia potuto avvenire a un valore inferiore rispetto a quello inizialmente previsto. I veri obiettivi del 2020 sono, di fatto, quelli realizzati nella contingenza dell'epidemia, anche se non formalizzati. Di ciò bisogna dare atto alla Direzione Aziendale che ha operato in condizioni di estrema urgenza e gravità, e al personale tutto.
4. Le *“Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche”* che il DFP ha rilasciato nel novembre 2019, si inserisce nell'ambito della valutazione partecipativa o esterna alle attività offerte dall'Azienda e si avvale della percezione della qualità del servizio che l'utente ha ricevuto. Anche per questo ambito, oltre al predetto, appare opportuna la revisione del *“Sistema di Misurazione e Valutazione della performance dell'ASP di Palermo”*.

Per il 2020 l'OIV ha potuto recentemente disporre dei dati del *whistleblowing*, le cui procedure sono state trattate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Una di esse ha comportato il licenziamento di un dipendente per conflitto d'interessi.

La Relazione del Responsabile della Trasparenza sui *“Reclami”* fa conoscere che essi sono stati 184, vertenti specialmente sui servizi di *front office*. L'analisi di questa criticità non può non costituire, anche per l'anno in corso, l'occasione per eventualmente rivedere gli obiettivi organizzativi e individuali già assegnati: è una criticità già dichiarata che necessita di essere analizzata e su cui promuovere un piano di intervento con obiettivi e target *ad hoc*. Le norme trattano il sistema della valutazione come un sistema complesso, a più voci, da più prospettive affinché le risolte criticità migliorino le *performance*.

Nessuna informazione, per il secondo anno consecutivo, sappiamo sulla *“qualità percepita”*.

*OIV come presidio metodologico della performance, prevenzione della corruzione e trasparenza.*

Questo OIV più volte nel corso dei due precedenti anni in cui ha operato ha fatto presente – secondo le linee guida del DFP e delle delibere dell'ANAC, del D. Lgs. 150/2009 e del D. Lgs. 33/2013 –, che il suo intervento è di ordine metodologico. Lo riafferma perché si tratta di un aspetto frequentemente ricordato, a volte dichiarato nei documenti ricevuti, ma di fatto non praticato e, quindi, non voluto. La condivisione metodologica è funzionale a facilitare la migliore applicazione degli istituti e delle guide normative sulla





prevenzione della corruzione, della trasparenza e del miglioramento dell'organizzazione, e, di conseguenza, sulla promozione della *performance* aziendale. Dalla volontà di collaborazione tra le strutture aziendali e l'organo terzo derivano convenienti miglioramenti.

#### *Analisi e valutazione dei risultati degli obiettivi*

I contenuti degli obiettivi sono in parte quelli cosiddetti "contrattuali", cioè gli obiettivi dati al Direttore Generale per la valutazione a fine mandato, mentre altri sono di derivazione aziendale. Tra questi molti sono finalizzati alla raccolta di informazioni, alla stesura di report, attività tipica del Controllo di gestione supportato dal Sistema Informativo Aziendale e non delle unità organizzative destinatarie degli obiettivi. Altri obiettivi, come quelli della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza chiedono degli adempimenti formali e attuazione di obblighi previsti dalle norme; per tanti non si intravedono criticità che si intendono correggere. Ad esclusione degli obiettivi "contrattuali", gli altri non sempre richiamano le caratteristiche attese dall'art. 5, co. 2, lettera c) del D. Lgs. 150/2009, che vuole che essi siano *tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati ai cittadini*. Gli obiettivi definiti dall'Azienda non sembrano determinare il miglioramento dei servizi. La tabella 1. mostra la distribuzione degli obiettivi per fasce di raggiungimento.

\* \* \* \* \*

La Tab. 1 presenta i risultati conseguiti nel 2020 dalle 118 strutture organizzative da cui risulta immediato l'appiattimento della valutazione sulla fasce più alte possibili.

*Tabella 1. Analisi dei risultati complessivi delle strutture organizzative.*

| Fasce di punteggio | N. strutture | Percentuale |
|--------------------|--------------|-------------|
| 99 – 100           | 95           | 80,5%       |
| 95 – 98,9          | 13           | 11,0%       |
| 90 – 94,9          | 6            | 5,1%        |
| < 89,9             | 4            | 3,4%        |
| <b>Totale</b>      | <b>118</b>   | <b>100%</b> |

Su 118 strutture ben 95 conseguono il risultato tra 99,8 e 100%, e solo 5 rientrano nella fascia inferiore a 89,9%: nei fatti vi è una fascia molto ampia di unità organizzative (80,5%) che raggiungono il massimo del risultato. Anche nel 2019 si era rilevata analoga situazione, il che doveva suggerire di rendere gli obiettivi più sfidanti, mentre l'Azienda, per il 2020, a causa del COVID, ha ridotto i livelli dei target attesi.



L'OIV è chiamato ad analizzare le cause dello scostamento tra il risultato conseguito e il risultato atteso degli obiettivi di 26 strutture, alcune delle quali con allontanamento dal risultato atteso veramente poco significativo. Tra queste 26 strutture, alcune (le 3 UOC di ortopedia, le 3 UOC di ostetricia e ginecologia, le chirurgie generali, le medicine interne) non hanno raggiunto gli obiettivi "contrattuali" che sono rilevanti anche dal punto di vista etico e professionale perché sono anche a rischio di prognosi negative per i pazienti: il riferimento è all'intervento chirurgico per riduzione di frattura di collo di femore entro le 48 ore, alla riduzione del parto cesareo primario, alla riduzione dei tempi di attesa in pronto soccorso, alle dimissioni tempestive e possibili, anche il sabato e la domenica, per aumentare il turnover dei pazienti grazie all'aumentata disponibilità di posti letto. Altri obiettivi con contenuti "di valore" risultano "stralciati", ma non sono riportate le cause e chi l'ha stabilito.

Il significato della valutazione della *performance* organizzativa è un passaggio primariamente finalizzato all'identificazione delle criticità organizzative ai fini del miglioramento dei servizi erogati ai cittadini attraverso la revisione del processo e dei contenuti degli obiettivi. Ciò che non appare riscontrarsi nella lettura degli obiettivi è la definizione della criticità che ciascuno di essi si prefigge di risolvere: manca la risposta alla domanda: "Perché ho scelto questo obiettivo? Quale criticità risolve? quale contributo di miglioramento conferisce all'ASP-PA?".

Nel valutare gli scostamenti, l'OIV si chiede: dove stanno gli scostamenti, visto che nella quasi totalità non se ne intravedono nei risultati conseguiti? Bisogna quindi chiedersi se lo scostamento non stia nella *vision* con cui sono stati individuati gli obiettivi, cioè nel fine che si proponevano e se per caso non è stata eclissata la naturale tendenza di questo strumento della valutazione del merito. I target assegnati si riscontrano a volte bassi per obiettivi rilevanti e difficilmente raggiungibili, e alti, a volte anche eccessivamente alti, per obiettivi di poca consistenza e facilmente raggiungibili, facendo emergere il non velato intento di compensare il peso non raggiunto e spingere il risultato finale della struttura. Ciò realizza uno scostamento tra *ciò che è e ciò che dovrebbe essere*. Questo è lo scostamento che l'OIV ritiene che sia veramente utile e torna a segnalarlo, con l'auspicio che l'orgoglio di cui la nostra terra si gloria, si traduca in una scommessa per raggiungere i migliori risultati a favore della cittadinanza e di sé stessi.

Si conclude con le parole della L.G. n.2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica:

- a) gli obiettivi devono puntare al miglioramento organizzativo;
- b) gli obiettivi chiedono di essere aggiornati e di volta ridefiniti rispetto alle criticità che emergono;
- c) le risorse umane devono essere valorizzate anche attraverso gli strumenti di riconoscimento del merito e i metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa previsti dalle norme.



\* \* \* \* \*

Di seguito l'OIV esprime il giudizio sugli obiettivi delle strutture che non hanno conseguito il risultato pieno.



| DIPARTIMENTO SALUTE, DONNA, BAMBINO                  |  |   |
|--|--|---|
| Unità organizzativa                                  | Misurazione obiettivi  | Giudizio  |
| Ginecologia P.O. di Partinico                        | Non conseguito l'obiettivo "contrattuale" sulla riduzione dei parti cesarei primari  | L'obiettivo doveva prevedere inizialmente la ricerca e analisi delle cause di criticità e, conseguentemente, porre obiettivi sulla loro rimozione per raggiungere il risultato atteso.                            |
| Ginecologia del P.O. di Termini Imerese              | Vale quanto detto per "Ginecologia" del P.O. di Partinico  | Vale quanto detto per "Ginecologia" del P.O. di Partinico   |
| Ginecologia del P.O. "Ingrassia"                     | Vale quanto detto per "Ginecologia" del P.O. di Partinico  | Vale quanto detto per "Ginecologia" del "P.O. di Termini Imerese"   |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE                             |  |   |
| UNITÀ ORGANIZZATIVA                                  | Misurazione obiettivi  | Giudizio  |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEL P.O. DI PARTINICO       | Non conseguito l'obiettivo "contrattuale" sull'intervento chirurgico per la riduzione della frattura di collo del femore da effettuarsi entro 2 giorni dal ricovero. | L'obiettivo doveva prevedere inizialmente la ricerca e analisi delle cause di criticità e, conseguentemente, porre obiettivi sulla loro rimozione per raggiungere, come ultimo <i>step</i> , il risultato atteso. |
|  | Protocollo per la riduzione del dolore postoperatorio  | Il peso dell'obiettivo sembra esuberante rispetto alla difficoltà della realizzazione   |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEL P.O. DI TERMINI IMERESE | Non conseguito l'obiettivo "contrattuale" sull'intervento chirurgico per la riduzione della frattura di collo del femore da effettuarsi entro 2 giorni dal ricovero. | Vale quanto detto per "Anestesia e Rianimazione" del P.O. di Partinico  |



|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso  | L'obiettivo deve prevedere il coinvolgimento delle diverse strutture legate tra loro da una procedura operativa.   |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEL P.O. "INGRASSIA"                        | Obiettivo "contrattuale" di riduzione della frattura di collo del femore entro 2 giorni dal ricovero.   | Vale quanto detto per "Anestesia e Rianimazione" del P.O. di Partinico   |
|  | Mantenimento del livello di attività (Degenza media, peso medio, O.M. posti letto)  | Non raggiunge il peso medio. Le Rianimazioni non lavorano per raggiungere il peso medio. Questo è attribuito con la dimissione dei pazienti, e i dimessi da quest'UO sono soltanto i deceduti, a meno che non ricoverino pazienti non appropriati.                         |
| DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI                             |   |  |
| Unità organizzativa  | Scostamenti vs 2019 e cause<br>Risultato (%)  | Giudizio<br>Confronto 2020 vs 2019   |
| UOC RADIODIAGNOSTICA + TAC E RM – PO TERMINI IMERESE                 | Miglioramento dell'efficienza operativa (K) 2020 rispetto al 2019 al Pronto Soccorso  | Il raggiungimento dell'obiettivo non appartiene soltanto all'UOC che l'ha avuto assegnato, ma a tutto il processo assistenziale coinvolto nella riduzione dei tempi di attesa in pronto soccorso. Opportuno definire una procedura a cui le strutture coinvolte attenersi. |
| DIPARTIMENTO RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI |   |  |
| UOC GIURIDICA ORGANIZZATIVO E SVILUPPO GESTIONE                      | Raggiungimento degli obiettivi di competenza di Trasparenza come da Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020 – 2022 - Sezione "Trasparenza e Integrità" - ALLEGATO A1) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | Obiettivo rilevante in quanto incide nella sfera della prevenzione della corruzione di cui la trasparenza è uno strumento  |



|                                   |                              |   |   |
|-----------------------------------|------------------------------|---|---|
| UOC<br>Economico<br>Convenzionato | Trattamento<br>del Personale | Idem  | Idem  |
| UOC<br>Convenzioni                | Affari Generali e            | Idem  | Idem  |
| UOC<br>Economica e Previdenziale  | Gestione                     | Idem  | Idem  |
|                                   |                              | Rispetto dei tempi di scadenza nella trasmissione dei flussi informativi del personale dipendente | È un adempimento formale la cui non attuazione costituisce una criticità più sul piano della valutazione individuale che organizzativa. |
| DISTRETTI SANITARI                |                              |   |   |
| P.O. CORLEONE                     |                              |   |   |

|                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <p>Medicina</p>                      | <p>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal bed manager sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</p> <p>Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgent</p> | <p>È un adempimento formale la cui non attuazione costituisce una criticità più sul piano della valutazione individuale che organizzativa.</p>  |
| <p>P.O. PARTINICO</p>                |   |   |
| <p>UOC Ortopedia e Traumatologia</p> | <p>Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2020 rispetto al 2019.</p> <p>N.B: Efficienza operativa <math>t = \frac{n.pazienti\ con\ permanenza &gt; 24\ ore\ al\ PS}{n.pazienti\ con\ permanenza &lt; 24\ ore\ al\ PS}</math> al tempo t</p>  | <p>Il raggiungimento dell'obiettivo non appartiene soltanto all'UOC che l'ha avuto assegnato, ma a tutto il processo assistenziale coinvolto nella riduzione dei tempi di attesa in pronto soccorso. Opportuno definire una procedura a cui le strutture coinvolte attenersi.</p> |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2020 e implementazione entro il 30/09/2020</p> | <p>L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.</p>  |
|  | <p>Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2020 e implementazione entro il 30/09/2020</p>   | <p>L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.</p>  |
|  | <p>Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2020 e implementazione entro il 30/09/2020</p>  | <p>L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.</p>  |
|  | <p>Obiettivo "contrattuale" di riduzione della frattura di collo del femore entro 2 giorni dal ricovero.</p>   | <p>Non raggiunto per COVID. La motivazione non sembra giustificabile perché l'indicatore si basa sulla percentuale di pazienti operati entro 48 ore sul totale dei pazienti ricoverati per frattura di collo di femore.</p> |



|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| UOC Medicina Interna | <p>Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa (K) 2020 rispetto al 2019.</p> <p>N.B: Efficienza operativa <math>t = \frac{\text{n.pazienti con permanenza &gt;24 ore al PS al tempo t}}{\text{n.pazienti con permanenza &lt; 24 ore al PS al tempo t}}</math></p>   | <p>Il raggiungimento dell'obiettivo non appartiene soltanto all'UOC che l'ha avuto assegnato, ma a tutto il processo assistenziale coinvolto nella riduzione dei tempi di attesa in pronto soccorso. Opportuno definire una procedura a cui le strutture coinvolte attenersi.</p> |
|                      | <p>Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2020 e implementazione entro il 30/09/2020</p> | <p>L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.</p>  |
|                      | <p>Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2020 e implementazione entro il 30/09/2020</p>   | <p>L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.</p>  |

|                              |   |   |
|------------------------------|---|---|
|                              | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2020 e implementazione entro il 30/09/2020  | L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento. |
| P.O. DEI BIANCHI DI CORLEONE |   |   |
| UOC Medicina Interna         | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12</i> : n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni.   | Obiettivo sensibile al rallentamento dei processi assistenziali in tempo di COVID.                        |
|                              | Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti.   | Obiettivo sensibile al rallentamento dei processi assistenziali in tempo di COVID.                        |
|                              | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2020 e implementazione entro il 30/09/2020 | L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento. |

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
|                                | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per evitare i ricoveri chirurgici in area medica finalizzata a ridurre i ricoveri fuori disciplina. Le UUOCC coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di PO. Elaborazione entro il 30/06/2020 e implementazione entro il 30/09/2020 | L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento. |
|                                | Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento da terapia intensiva. Le UUOCC di area medica e di anestesia coinvolte saranno coordinate dalla Direzione Medica di Presidio. Elaborazione entro il 30/6/2020 e implementazione entro il 30/09/2020              | L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento. |
| UOC Chirurgia Generale         | <i>Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12:</i> n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni   | Obiettivo sensibile al rallentamento dei processi assistenziali in tempo di COVID.                        |
| Medicina                       | Stralciati gli stessi obiettivi dell'UOC di Medicina Interna dello stesso presidio ospedaliero  | L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento. |
| P.O. CIMINO DI TERMINI IMERESE |   |   |

|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| UOC Medicina Interna | <p>Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza a pronto soccorso &lt; alle 6 ore. Criteri di inclusione: Tutti gli esiti previsti da Emur escluso esiti 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)</p> | <p>Utile procedura operativa per il raggiungimento dell'obiettivo con il coinvolgimento delle parti in causa</p>                |
|                      | <p>Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero &gt; 24 ore. Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR)</p>  | <p>Utile procedura operativa per il raggiungimento dell'obiettivo con il coinvolgimento delle parti in causa</p>                |
|                      | <p>Invio flussi attività di ricovero entro giorno 5 del mese successivo</p> <p>Numero schede SDO del mese inviate entro giorno 5 del mese successivo / numero dei dimessi nel mese con diagnosi definita</p>   | <p>Obiettivo ricadente su mero adempimento. La mancata attuazione attiene alla valutazione individuale e non organizzativa.</p> |
|                      | <p>Alcuni obiettivi stralciati</p>   | <p>L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.</p>                |

|                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| UOC Chirurgia Generale        | <p>Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana: n. cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno con dimissibilità / n. totale cartelle cliniche sottoposte a controllo interno ed esterno.</p> <p>N.B.: il monitoraggio dell'indicatore è effettuato dalla UOC Ospedalità Pubblica</p> | <p>Opportuna l'analisi delle criticità che impediscono la dimissibilità in prima giornata perché su di esse vanno ricercati gli obiettivi.</p>  |
|                               | Alcuni obiettivi stralciati   | L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.   |
| UOC Ortopedia e Traumatologia | Interventi di riduzione di frattura di collo di femore effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65  | L'obiettivo "contrattuale" non è stato conseguito. Utile procedura operativa che coinvolga le parti in causa.   |
| MADONNA DELL'ALTO di PETRALIA |   |   |
| UOC MEDICINA INTERNA          | <p>Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero &gt; 24 ore</p> <p>Tutti i pazienti con esito ricovero 2 (ricovero in reparto di degenza) e 3 (trasferimento ad altro istituto). (Flusso EMUR)</p>   | L'obiettivo "contrattuale" non è stato conseguito. Utile procedura operativa che coinvolga le parti in causa.   |
|                               | Riduzione delle consulenze per paziente.  | La riduzione del numero di consulenze deve avere un risultato in termini, per esempio, di riduzione della degenza media, dei costi o di altro risultato a cascata: ed è questa la criticità sanata. |

|                           |           |  |  |
|---------------------------|-----------|--|--|
|                           |           | Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | L'obiettivo vuole la "modalità operativa", ma è misurato sulla percentuale delle dimissioni nei giorni festivi.  |
|                           |           | Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12: n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni   | L'obiettivo tende a ridurre i ricoveri in regime ordinario di un giorno che risultano non appropriati in ricovero ordinario. Va misurato la % di non appropriatezza. |
| P.O. INGRASSIA DI PALERMO |           |  |  |
| UOC<br>INTERNA            | MEDICINA  | Alcuni obiettivi stralciati  | L'obiettivo è dichiarato "Stralciato". Non vengono precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.  |
| UOC<br>GENERALE           | CHIRURGIA | Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.   | Obiettivo contrattuale non raggiunto. Analisi delle criticità e determinazione degli obiettivi su di esse.   |
|                           |           | Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera  | Obiettivo contrattuale non raggiunto. Analisi delle criticità e determinazione degli obiettivi su di esse.   |
|                           |           | Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | L'obiettivo vuole la "modalità operativa", ma è misurato sulla percentuale delle dimissioni nei giorni festivi.  |

|                        |  |   |
|------------------------|--|---|
|                        | Monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero inserite nella tabella dell'allegato al DA n. 631 del 12/04/2019.                             | Analisi delle criticità che hanno determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo.                         |
|                        | Alcuni obiettivi stralciati  | Non precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.  |
| UOC ORTOPEDIA          | Riduzione della frattura di collo di femore entro 48 ore dal ricovero.   | Non raggiunto. L'obiettivo deve richiedere una procedura operativa a cui le parti coinvolte devono attenersi.   |
|                        | Alcuni obiettivi stralciati  | Non precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.  |
|                        | Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | L'obiettivo vuole la "modalità operativa", ma è misurato sulla percentuale delle dimissioni nei giorni festivi. |
| UOC CARDIOLOGIA E UTIC | Alcuni obiettivi stralciati  | Non precisati i motivi né chi ha assunto il provvedimento.  |
|                        | Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni | L'obiettivo vuole la "modalità operativa", ma è misurato sulla percentuale delle dimissioni nei giorni festivi. |
| UOC GERIATRIA          | Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12: n. di dimissioni entro le ore 12 / numero di dimissioni   | Deve essere individuata una procedura operativa interna cui attenersi.  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>Modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi: Numero dimissioni nei giorni festivi e prefestivi / numero totali dimissioni</p>   | <p>Deve essere individuata una procedura operativa interna cui attenersi.</p>  |
|  | <p>Garanzia del un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio (Il calcolo del numero preordinato dei pl quotidianamente a disposizione del PS è effettuato dal <i>bed manager</i> sulla base dei dati medi di ricovero giornalieri nell'anno precedente e dovrà prevedere anche i giorni festivi):</p> <p>Media numero dimessi giornalieri nel periodo di valutazione / numero preordinato di posti letto quotidianamente a disposizione del PS per ogni UU.OO.CC. di degenza per i ricoveri urgenti</p> | <p>Anche questo è un obiettivo di gruppo che necessita di una procedura operativa interna che coinvolga le parti in causa.</p> |





## Conclusione

A conclusione della valutazione degli obiettivi per l'anno 2020, l'OIV, dai giudizi degli obiettivi non raggiunti, rileva che:

1. sono stati stralciati dalla misurazione tutti gli obiettivi il cui raggiungimento avrebbe costituito una novità nella logica di assegnazione degli obiettivi e un valore aggiunto ai fini della soluzione delle criticità;
2. la misurazione dell'obiettivo spesso risente dei contenuti delle relazioni dei rispettivi direttori di dipartimento e UOC;
3. diverse unità operative presentano un numero elevato di obiettivi di incerta utilità ai fini della *performance* aziendale ma che spesso ottengono l'effetto di correggere il mancato raggiungimento dell'obiettivo principale dell'UOC;
4. alcuni pesi non sembrano calibrati al valore dell'obiettivo;
5. alcuni obiettivi richiedono meri monitoraggi o adempimenti, di cui si ritiene che incidano sulla valutazione individuale piuttosto che organizzativa;
6. deve essere valorizzata la "valutazione partecipativa" dei cittadini secondo la *Linea guida N.4/2019* del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Per quanto attiene le unità organizzative che hanno raggiunto il risultato pieno:

1. le osservazioni sono analoghe a quelle sopra espresse.

Per tali motivi, l'OIV ritiene utile suggerire di riformare la logica con cui finora sono stati assegnati gli obiettivi, di puntare alla premiazione del merito attraverso la soluzione delle criticità che di volta in volta vanno emergendo. Si comprende che è un lavoro che richiede tempo e molto impegno, e non è opportuno procrastinarlo ulteriormente. L'OIV è a disposizione per accompagnare questa fase che possiamo definire "di riforma" del sistema degli obiettivi.





## 5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

### 5.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

La performance individuale è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione, in altre parole, il contributo fornito dal singolo al conseguimento della performance complessiva dell'organizzazione.

L'aggiornamento della normativa e le circolari aziendali hanno consentito di attuare la diffusione della informazione a tutto il personale in particolare sulla correlazione tra risultati e riconoscimento economico. Ancora per l'anno 2020 si è fatto riferimento ad alcuni capisaldi del ciclo della performance, che trovano concretezza negli strumenti utilizzati, fermo restando la flessibilità dello strumento stesso:

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

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

Il percorso valutativo delle performance individuali annuali si svolge con fasi e tempi comuni al Comparto e alle due aree dirigenziali. La Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ad essa assegnati dagli organismi regionali e della relativa pianificazione, procede alla definizione ed all'assegnazione degli obiettivi alle strutture aziendali. I Direttori delle strutture assegnatarie di obiettivi, coadiuvati dai dirigenti delle strutture afferenti, si impegnano a:

- diffondere gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;
- coordinare l'assegnazione "a cascata" degli obiettivi individuali;
- informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- sovrintendere al processo di valutazione, dall'assegnazione degli obiettivi sino al momento della valutazione finale.



Il governo del processo di valutazione da parte del Direttore della macrostruttura e della UOC, adeguatamente documentato, è sottoposto alla verifica da parte dell'OIV ai fini della proposta di valutazione individuale dei Direttori delle strutture assegnatarie di budget

La valutazione delle performance individuali annuali viene documentata attraverso la compilazione della scheda per la valutazione del Comparto e della Dirigenza.

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

Oggetto della valutazione è, per il personale del comparto: a. il contributo al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali; b. la qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali e organizzativi. Per il personale dirigenziale, la valutazione della performance individuale è collegata ai seguenti aspetti: 1. agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità; 2. al raggiungimento di specifici obiettivi individuali; 3. alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate.

Nell'ambito della valutazione dei comportamenti dei dirigenti/responsabili di unità organizzative, una specifica rilevanza viene attribuita alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata anche tramite una significativa differenziazione dei giudizi. La scheda di valutazione individuale annuale - anno 2020- pubblicata sul sito aziendale, prevede come indicato nell'art. 9 lett. a) del citato decreto, che la valutazione della performance individuale, sia collegata anche *“agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità ai quali è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva”*; pertanto, a seconda del grado di responsabilità e al ruolo del valutato (Direttore/Dirigente/Comparto) , è diversamente distribuita la ripartizione dei pesi per le diverse aree oggetto di valutazione secondo il seguente schema:

Le dimensioni della *performance* individuale.

| Risorsa umana  | Ambiti della <i>performance</i> individuale  | Peso |
|--|--|------|
| Direttore di macro-struttura<br>(Dipartimento, Distretto sanitario,<br>Distretto ospedaliero, UOC) | Risultati legati agli obiettivi annuali<br>dell'unità organizzativa di diretta<br>responsabilità | 60   |
|  | Risultati relativi a obiettivi individuali<br>assegnati al dirigente                             | 25   |
|  | Contributo alle strategie aziendali<br>attraverso le competenze manageriali                      | 15   |
| <i>tot</i>   |  | 100  |
| Dirigente responsabile di UOS e<br>Personale dirigente   | Risultati legati agli obiettivi annuali<br>dell'unità organizzativa di diretta<br>responsabilità | 55   |
|  | Contributo alla performance generale<br>della struttura  | 15   |
|  | Risultati relativi a obiettivi individuali<br>assegnati al dirigente                             | 30   |
| <i>tot</i>   |  | 100  |
| Personale non dirigente  | Risultati di obiettivi individuali e/o di<br>gruppo  | 30   |
|  | Comportamenti  | 50   |
|  | Contributo alla performance dell'U.O.  | 20   |
| <i>tot</i>   |  | 100  |

Secondo lo stesso criterio è diversa la soglia a cui si accede ad una valutazione positiva:

- Per i Direttori di macrostruttura valutazione positiva con un punteggio  $\geq 46$
- Per i Dirigenti di UOS e professional valutazione positiva con un punteggio  $\geq 40$
- Per il Personale del Comparto valutazione positiva con un punteggio  $\geq 21$ .

E' necessario evidenziare che l'Organismo Indipendente di Valutazione ha fornito nuovi elementi metodologici di cui l'U.O. Valutazione e Valorizzazione delle Risorse Umane ha preso atto e che, sono stati definitivamente regolamentati e applicati a partire dal 2020 col nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, già approvato dallo stesso OIV.



## 5.2. GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

Ciò consente di:

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

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

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

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

1. la riallocazione top-down, nel senso che la performance organizzativa attesa della macrostruttura viene riallocata "a cascata" nelle strutture dirigenziali, che a loro volta completeranno l'attribuzione a tutto il personale fino al livello individuale;
2. la selezione e suddivisione: a partire dalla performance organizzativa, la macrostruttura 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.

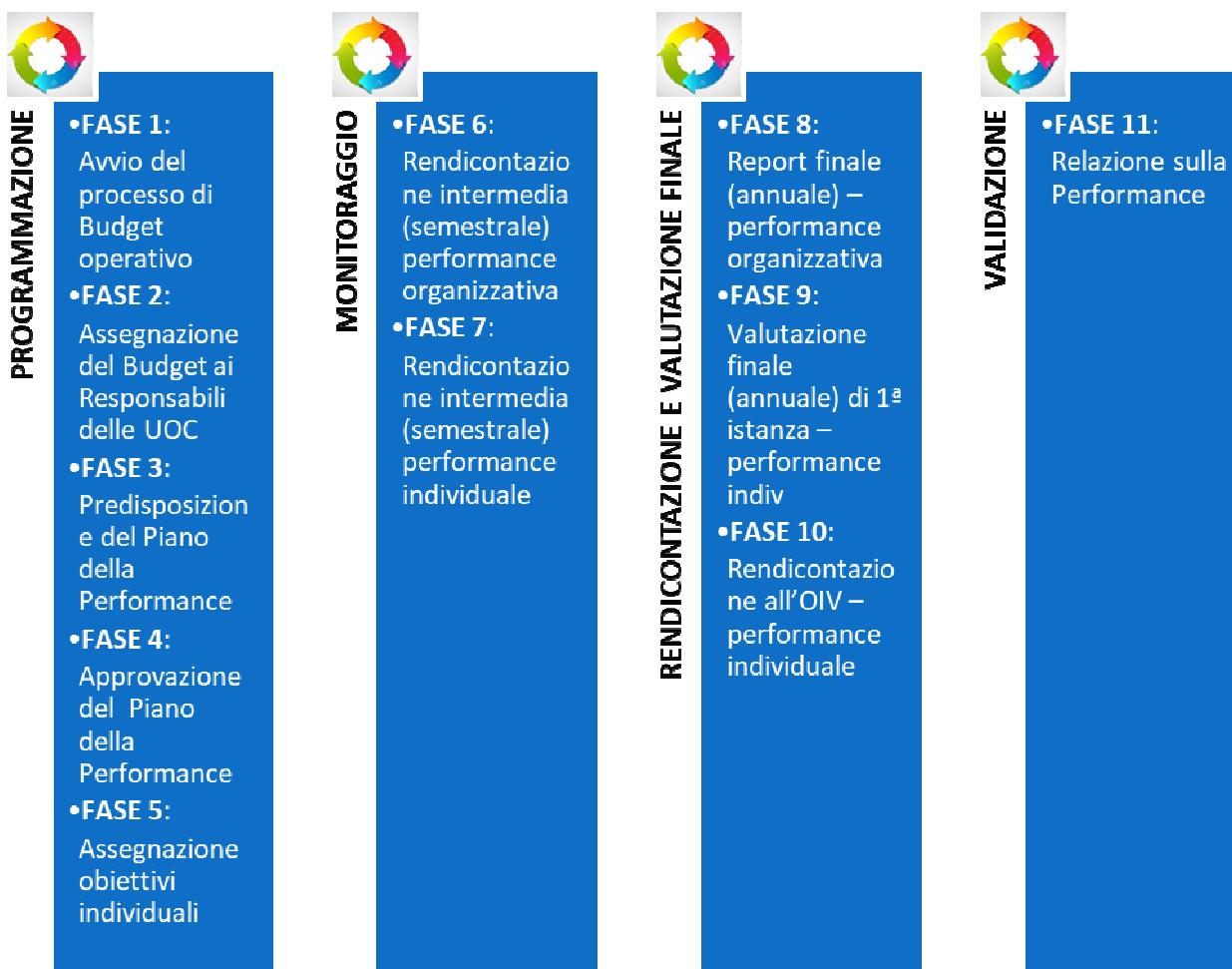
Nella presente Relazione, considerata la complessità dell'organizzazione aziendale, si riportano gli obiettivi individuali assegnati ai Direttori delle macrostrutture e ai Direttori di UOC (vedi allegato 3), con la precisazione che gli "specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta



responsabilità” previsti nelle schede di valutazione individuale coincidono con gli obiettivi operativi per l’anno 2020. V. allegato 2

## 6. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Nel 2020 il processo di misurazione e valutazione della performance (organizzativa ed individuale ) si è svolto seguendo le fasi e modalità sotto descritte:





### FASE 1: Avvio del processo di Budget operativo

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

### FASE 2: Assegnazione del Budget ai Responsabili delle UOC

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

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

### FASE 3: Predisposizione del Piano della Performance

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

### FASE 4: Approvazione del Piano della Performance

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

### FASE 5: Assegnazione obiettivi individuali

|       |   |
|-------|---|
| INPUT | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano della Performance</li> <li>- Schede obiettivi di budget</li> </ul> |
|-------|---|

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

#### FASE 6: Rendicontazione intermedia (semestrale) performance organizzativa

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

#### FASE 7: Rendicontazione intermedia (semestrale) performance individuale

|        |  |
|--------|--|
| INPUT  | - Schede di valutazione individuali  |
| AZIONI | <ul style="list-style-type: none"> <li>- I dirigenti valutatori: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ monitorano l'andamento della performance attraverso valutazioni intermedie, colloqui e riunioni di verifica, adeguatamente documentate;</li> </ul> </li> </ul> |

|          |   |
|----------|---|
| OUTPUT   | - colloqui e riunioni di verifica   |
| SOGGETTI | - Dirigenti valutatori (secondo il Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale)<br>- Tutto il personale dirigente e del comparto |

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

|          |   |
|----------|---|
| INPUT    | - Piano della Performance oggetto del monitoraggio contenente la lista dei controlli/obiettivi definiti in sede di approvazione del documento;<br>- Dati acquisiti dal data warehouse di controllo direzionale;<br>- Relazioni e report acquisiti dalle macrostrutture e UOC (annuali);   |
| AZIONI   | - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS:<br>✓ acquisisce i dati dal data warehouse di controllo direzionale e le relazioni di attività dalle strutture assegnatarie di Budget (debito informativo);<br>✓ elabora il report per la verifica finale e attribuisce il punteggio provvisorio di performance organizzativa sul grado di raggiungimento degli obiettivi. |
| OUTPUT   | - Report finale (annuale)   |
| SOGGETTI | - UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS<br>- Responsabili delle Macrostrutture e UOC   |

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

|          |  |
|----------|--|
| INPUT    | - Schede di valutazione individuali;<br>- Relazioni e report prodotti dalle macrostrutture e UOC (annuali);  |
| AZIONI   | - Il dirigente valutatore:<br>✓ a conclusione del periodo oggetto di valutazione ed esaminata la documentazione a corredo, effettua il colloquio individuale di valutazione finale con il valutato, al termine del quale attribuisce il punteggio;<br>- il dipendente valutato :<br>✓ ha l'obbligo di firmare la scheda di valutazione attestante l'avvenuto colloquio finale e per presa visione della scheda di valutazione; |
| OUTPUT   | - Schede di valutazione individuali annuali con punteggio attribuito   |
| SOGGETTI | - Dirigenti valutatori (secondo il Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale)<br>- Tutto il personale dirigente e del comparto  |

#### FASE 10: Rendicontazione all'OIV – performance individuale.

|        |  |
|--------|--|
| INPUT  | - Schede di valutazione individuali annuali con punteggio attribuito;<br>- Elenchi dei valutati con i relativi punteggi;   |
| AZIONI | - Il Direttore della macrostruttura:<br>✓ predispone gli elenchi dei valutati con i relativi punteggi e li trasmette alla U.O. Valutazione e valorizzazione delle risorse umane allegando, per i dipendenti del comparto copia del frontespizio della scheda, per i titolari di posizioni organizzative e per tutti i dirigenti, copia della scheda completa e della |

|          |   |
|----------|---|
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>relazione individuale;</li> <li>✓ evidenza nella comunicazione alla U.O. Valutazione e valorizzazione risorse umane la eventuale presenza di richieste di revisione delle valutazioni;</li> <li>- L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ effettuato il controllo formale delle valutazioni individuali di prima istanza, sottopone all'O.I.V. , per il tramite della Struttura Tecnica Permanente, gli elenchi e le valutazioni individuali di prima istanza.</li> </ul> </li> <li>- L'OIV: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verifica la regolarità del processo di valutazione individuale.</li> </ul> </li> <li>- L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conclude le valutazioni individuali e la verifica di regolarità dell'OIV, trasmette al Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari generali gli elenchi delle valutazioni individuali per la corresponsione del sistema premiante.</li> </ul> </li> </ul> |
| OUTPUT   | - Elenchi dei valutati con i relativi punteggi  |
| SOGGETTI | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direttori di macrostruttura</li> <li>- UOS valutazione e valorizzazione risorse umane</li> <li>- OIV</li> </ul>  |

#### FASE 11: Relazione sulla Performance

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



- UOS Comunicazione e Informazione
- OIV
- Dipartimento Risorse Umane



ALLEGATO 1

# DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

STRALCIO PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE ANNO 2016

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



## DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

### 1 Informazioni demografiche

| Informazioni Demografiche                         | Provincia di Palermo |         |         | Sicilia |         |         |
|---|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
|   | Maschi               | Femmine | Totale  | Maschi  | Femmine | Totale  |
| Popolazione residente al 1 Gennaio 2011           | 601178               | 648399  | 1249577 | 2441599 | 2609476 | 5051075 |
| Popolazione residente per fasce di età:           |                      |         |         |         |         |         |
| 0-14  | 101004               | 96179   | 197183  | 393438  | 372494  | 765932  |
| 15-64   | 405150               | 423671  | 828821  | 1646937 | 1701995 | 3348932 |
| 65-74   | 51345                | 60415   | 111760  | 213649  | 249125  | 462774  |
| 75+   | 43679                | 68134   | 111813  | 187575  | 285862  | 473437  |
| Popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2011 |                      |         |         |         |         |         |
| Numero  | 13125                | 15371   | 28496   | 68147   | 73757   | 141904  |
| % popolazione residente                           | 2,2                  | 2,4     | 2,3     | 2,8     | 2,8     | 2,8     |

|                              | Provincia di Palermo | Sicilia |
|------------------------------|----------------------|---------|
| Tasso di natalità            | 10,2                 | 9,5     |
| Tasso di mortalità           | 9,2                  | 9,5     |
| Speranza di vita maschi      | 78,3                 | 78,4    |
| Speranza di vita femmine     | 83,0                 | 83,0    |
| Indice di dipendenza         | 52,4                 | 52,5    |
| Indice di dipendenza anziani | 28,6                 | 29,6    |
| Indice di invecchiamento     | 113,4                | 122,2   |

| Territorio | Provincia di Palermo |
|------------|----------------------|
| Montagna   | 42,3%                |
| Collina    | 51,4%                |
| Pianura    | 6,3%                 |

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Numero comuni                   | 82    |
| Superficie in Km <sup>2</sup>   | 4992  |
| Densità ab. per Km <sup>2</sup> | 250,3 |

Fonte dati:

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

Regione Siciliana - Annuario Statistico regionale: Sicilia 2011

HFA (aggiornamento dicembre 2010)

**1.1 Profilo demografico** - La Provincia Regionale di Palermo è una provincia della Sicilia di 1.249.577 abitanti. Si estende su una superficie di 4.992 km<sup>2</sup> e comprende 82 comuni. Confina ad ovest con la provincia di Trapani, a sud con la provincia di Agrigento e la provincia di Caltanissetta, ad est con la provincia di Messina e la provincia di Enna. La provincia di Palermo è la più popolata della Sicilia, e la sua densità demografica risulta superiore alla media nazionale e regionale.

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

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





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

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

| Rango | UOMINI   |                                 |                           |                        |                                  | Donne                        |  |                                 |                           |                        |                                  |                              |
|-------|--|---------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------------|
|       | Grandi Categorie ICD K - Uomini                        | Numero medio annuale di decessi | Mortalità proporzionale % | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | Anni di vita persi a 75 anni | Grandi Categorie ICD K - Donne                         | Numero medio annuale di decessi | Mortalità proporzionale % | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | Anni di vita persi a 75 anni |
| 1     | MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO                    | 2026                            | 36,5                      | 336,8                  | 239,7                            | 51509,5                      | 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 GENTO-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 GENTO-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 EMOPOIETICI               | 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                              | 365                          | MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI               | 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 PUERPERO | 0                               | 0                         | 0                      | 0                                | 0                            | COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERO | 1                               | 0,0                       | 0,1                    | 0,1                              | 222,5                        |
|       | TUTTE LE CAUSE   | 5545                            | 100                       | 922,0                  | 681,2                            | 242998                       | TUTTE LE CAUSE   | 5648                            | 100                       | 872,2                  | 442,3                            | 147152,5                     |

## 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 %<br>(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   | 439,5 | 681,2         | 442,3 | 697,7                 | 460,2 | 632,5               | 405,9 | 596,1               | 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                    | 118   | 1098                               | 1387  | 129                    | 151   | 80                            | 94    | 123                          | 138   | 8                               | 7     |  |
| Tasso Standardizzato x 100.000                         | 249,6   | 180,8 | 239,7         | 169,4 | 263,5                 | 206,3 | 214,1               | 158,3 | 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 | 228,9                           | 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  | 28,9                  | 25,8  | 25,2                | 24,2  | 16,4                | 18,0  | 30,3                  | 28,5  | 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   | 239           | 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                | 8,6   | 20,5                | 5,8   | 21,1                  | 11,1  | 25,8                        | 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:

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

| Indicatori Mortalità oncologica | Sicilia |       | ASP 6 Palermo |       | Distretto di Bagheria |       | Distretto di Carini |       | Distretto di Cefalù |       | Distretto di Corleone |       | Distretto di Lercara Friddi |       | Distretto di Misilmeri |       | Distretto di Palermo metropolitana |       | Distretto di Partinico |       | Distretto di Petralia 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  | 1688          | 1235  | 110                   | 73    | 92                  | 58    | 65                  | 47    | 38                    | 30    | 48                          | 40    | 71                     | 49    | 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                 | 98,3  | 168,2                       | 116,4 | 180,3                  | 107,2 | 228,0                              | 126,8 | 196,4                  | 117,9 | 163,3                         | 87,7  | 180,1                        | 131,0 | 252,1                           | 139,9 |  |

## 2.5 Oncologia

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

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

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



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

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

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

### Incidenza e prevalenza

Fonte : Elaborazione su Stime MIAMOD



ALLEGATO 2

LE SCHEDE DI PERFORMANCE  
ORGANIZZATIVA PER STRUTTURA  
CON I RISULTATI



ALLEGATO 3

# LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

**Scheda di valutazione anno \_\_\_\_\_**  
**Area Dirigenza**  
**Direttore di UOC/Macrostruttura**

|  |              |
|--|--------------|
| <b>Nome e Cognome:</b>                   | <b>Matr:</b> |
| <b>Incarico:</b>                         |              |
| <b>Distretto/Dipartimento/Presidio :</b> |              |
| <b>Unità Operativa Complessa:</b>        |              |

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

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

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

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

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

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



**AREA A** - peso 60/100

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

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

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

*Punteggio area A*

**0,00**

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

**AREA B** - peso 25/100

**Comportamenti generali**

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

**Competenze professionali e manageriali**

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| b.5 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA Indica la capacità di costruire piani di lavoro integrati multi professionali, anche con le altre UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio. b.5.1. Realizzazione dei piani di lavoro integrati multiprofessionali e fra UU.OO. o Macrostrutture, con particolare attenzione al monitoraggio dei risultati e all'introduzione dei correttivi necessari. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.6 CAPACITA' DI INNOVAZIONE Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.7 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Competenze tecnico scientifiche**

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| b.8 Esistenza documentata di un sistema di monitoraggio delle attività della macrostruttura/U.O.C. e di verifica dei risultati  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.9 Contributo al Piano degli Obiettivi aziendali b.9.1. Esistenza di relazione e/o documenti di monitoraggio delle attività e dei risultati  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.10 Per i Direttori dell'AREA SANITARIA Attivazione e sviluppo di programmi documentabili di innovazione/riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali in una prospettiva di:<br>- appropriatezza<br>- efficacia<br>- efficienza<br>- centralità dei bisogni globali del paziente/utente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.10 Per i Direttori dell'AREA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA Attivazione e sviluppo di programmi documentabili di innovazione/riorganizzazione delle attività amministrative (con particolare riferimento allo snellimento burocratico e al supporto all'attività assistenziale)         |   |   |   |   |   |

*Punteggio area B*

**0,00**



**AREA C - peso 15/100**

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

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

Area Dirigenza

Dirigenti con incarico *professional* o di Responsabile UOS

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

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

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

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

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

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

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

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

esprime la seguente

### VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

#### PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

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

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

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

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

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

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

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

## AREA A - peso 55/100

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

| Descrizione degli obiettivi assegnati e definizione del valore atteso (indicare da 1 a max 3 obiettivi) | Peso obiettivo* | % ragg. obiettivo | Punteggio   |
|---|-----------------|-------------------|-------------|
| a.1   |                 |                   | 0           |
| a.2   |                 |                   | 0           |
| a.3   |                 |                   | 0           |
| <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><br>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><br>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><br>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><br>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 COLLEGGHI</b><br>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><br>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><br>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><br>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><br>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.<br>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><br>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><br>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><br>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><br>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><br>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><br>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)<br>Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo | 0,00     |
| PUNTEGGIO AREA B)<br>Comportamenti generali e competenze professionali               | 0,00     |
| PUNTEGGIO AREA C)<br>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 \_\_\_\_\_

"Allegato A"

**AREA A - peso 30/100**

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

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

**Punteggio area A**

**0,00**

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

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

**AREA B - peso 50/100**

**Comportamenti generali e competenze professionali**

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

**Punteggio area B**

**0,00**



"Allegato A"

**AREA C - peso 20/100**

| <b>Qualità del contributo alla performance dell'Unità Operativa</b>   |   |   |   |             |   |
|---|---|---|---|-------------|---|
| <b>c.1 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITÀ 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> |   |